LE COMMISSAIRE
À LA SANTÉ
ET AU BIEN-ÊTRE

AMÉLIORER
NOTRE SYSTÈME
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX

RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

2011

L'APPRÉCIATION GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE : ANALYSE DES INDICATEURS DE MONITORAGE

Québec

apprécier

RETOUR

Mot du commissaire _ 4

Avant-propos _ 6

Liste des figures _ 8

Liste des tableaux _ 10

Introduction _ 13

La performance du système de santé et de services sociaux du Québec _ 17

La méthode d'analyse 18
Un cadre d'analyse globale et intégrée de la performance 18
Un cadre d'analyse spécifique à la périnatalité et à la petite enfance 21
L'évolution et la continuité des indicateurs retenus 22
Les sources d'information et les indicateurs utilisés 23
La sélection des indicateurs et le choix des balises d'excellence 24
Une analyse de l'évolution de la performance dans le temps 24
Les limites de l'analyse 25
La performance globale et intégrée à l'échelle provinciale 27
L'adaptation 27
La production 32
L'atteinte des buts 35
La performance globale du système de santé et de services sociaux québécois 40
La performance à l'échelle des régions du Québec 43
L'adaptation 44
La production 46
Le maintien et développement 49
L'atteinte des buts 51
La performance globale des régions du Québec 54

L'analyse des indicateurs relatifs à la période prénatale, à l'accouchement et à la petite enfance _ 83

Des comparaisons internationales 85

Des comparaisons interprovinciales 87

Des comparaisons interrégionales 89

Les constats et les questionnements _ 121

Les constats et les questionnements à propos de la performance globale du système de santé et de services sociaux du Québec 123

La structuration des ressources dans un contexte de rationalisation des dépenses publiques 123

L'accessibilité à des services de qualité pour tous 125

La santé de la population : le reflet des résultats du système ? 126

Les constats et les questionnements à propos de la périnatalité et de la petite enfance _ 127

Conclusion _ 131

Annexe / Analyse régionale détaillée _ 135

Références bibliographiques _ 196

Réalisation _ 197

Remerciements _ 198

RETOUR

> Mot du commissaire

La périnatalité et la petite enfance, sujet de notre troisième rapport d'appréciation de la performance, s'inscrit dans la foulée de l'orientation que j'avais adoptée en tant que commissaire, soit apprécier la performance du système de santé et de services sociaux en fonction des grandes étapes de la vie. Ainsi, le rapport d'appréciation de 2009 a porté sur la première ligne de soins, assise de la performance des systèmes de santé, suivi en 2010 des maladies chroniques, qui constituent un défi majeur en raison de leur prévalence croissante auprès de la population.

La périnatalité et la petite enfance représentent une thématique de choix pour l'analyse de la performance d'un système de santé. Non seulement les jeunes enfants façonnent l'avenir d'une société, mais en plus, des bénéfices collectifs peuvent être escomptés en matière de capital social, de diminution des inégalités sociales, de développement économique et d'amélioration de la performance si l'on pose précocement des gestes dans leur intérêt. Effectivement, le développement sain des enfants requiert un ensemble de conditions favorables tout au long de la grossesse et des premières années de vie, en raison de leur sensibilité particulière à des facteurs physiques et sociaux, qui peuvent entraîner des effets durables sur leur santé, leur apprentissage et leur comportement. Ces effets ont à leur tour des répercussions sur divers secteurs d'activité, dont le milieu scolaire et les services de santé.

La dernière et non la moindre des raisons de nous lancer dans cette belle aventure fait écho aux engagements du Canada et du Québec relatifs à la protection des droits des enfants, qui nous enjoignent, d'un point de vue juridique et moral, à agir pour améliorer les soins et services destinés aux jeunes enfants et à leur famille.

L'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux sous l'angle de la périnatalité et de la petite enfance a présenté sa part de défis. L'ampleur du projet, qui couvre une tranche de vie plutôt qu'une condition ou une problématique précise, de même que le manque de données comparables au niveau régional, provincial et international ont participé à accroître la difficulté de produire ce rapport, et ce, malgré une collaboration notable des acteurs concernés à l'égard de la collecte des données.

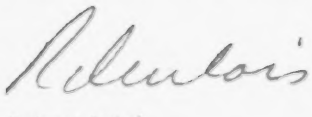
RETOUR

Nombreux sont ceux et celles qui se sont prêtés à nos exercices de consultation et nous ont accompagnés dans la production de ce dossier complexe. Ainsi, des chercheurs et des acteurs engagés du réseau ont partagé leur vision d'un système performant qui pourrait mieux répondre aux besoins multiples des jeunes enfants et de leur famille. Je tiens à les remercier chaleureusement pour ce soutien.

Des citoyens ont également contribué à l'élaboration de ce dossier, au moyen du Forum de consultation du Commissaire, mais aussi par l'entremise d'une cinquantaine de rencontres avec des parents désirant partager leurs expériences positives et négatives au sein du système de santé et de services sociaux. Ces témoignages se sont révélés fondamentaux au regard de notre compréhension de la réalité vécue sur le terrain, puisqu'ils nous ont permis de mettre un visage sur les descriptions factuelles des parcours de soins.

Enfin, je désire remercier les membres de mon équipe pour le travail assidu et rigoureux dont ils ont fait preuve pour la réalisation de ce dossier ambitieux. Leur engagement et leur passion n'ont pas leur pareil, à l'exception du dévouement des nombreuses personnes œuvrant tous les jours dans le système de santé et de services sociaux, sans qui une cause aussi essentielle que la périnatalité et la petite enfance ne pourrait être servie.

Le commissaire à la santé et au bien-être,



Robert Salois

> Avant-propos

LA MISSION DU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE EST D'APPORTER UN ÉCLAIRAGE PERTINENT AU DÉBAT PUBLIC ET À LA PRISE DE DÉCISION GOUVERNEMENTALE DANS LE BUT DE CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DES QUÉBÉCOISES ET QUÉBÉCOIS. À CET EFFET, IL A ADOPTÉ UN CADRE D'APPRÉCIATION GLOBALE ET INTÉGRÉE ET IL A ÉTABLI DES PROCESSUS DÉLIBÉRATIFS ET CONSULTATIFS POUR SOUTENIR SES TRAVAUX. SA DÉMARCHE D'APPRÉCIATION REPOSE SUR DIVERSES SOURCES D'INFORMATION, D'ORDRE SCIENTIFIQUE, ORGANISATIONNEL ET DÉMOCRATIQUE.

L'exercice d'appréciation réalisé par le Commissaire vise à brosser un portrait de la performance du système de santé et de services sociaux en matière de périnatalité et de petite enfance, période qui s'échelonne de la conception jusqu'à l'âge de 5 ans. Pour ce faire, le Commissaire a exploité une somme importante d'informations, comme les données de monitorage et d'enquêtes, les constats issus d'études scientifiques récentes, les observations ainsi que les points de vue résultant de la consultation de parents, de cliniciens, d'experts, de décideurs, de gestionnaires et des membres du Forum.

Ce portrait fait l'objet de quatre volumes en lien avec les fonctions du Commissaire à la santé et au bien-être :

- apprécier la performance du système de santé et de services sociaux du Québec ;
- consulter les citoyens, les experts et les acteurs du système ;
- informer le ministre de la Santé et des Services sociaux, l'Assemblée nationale et les citoyens des résultats ;
- faire des recommandations et discuter des enjeux et des implications qui en découlent.

RETOUR

Le premier volume, intitulé *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitorage*, soit le présent document, contient une analyse des indicateurs de performance de l'ensemble du système ainsi que des indicateurs relatifs aux soins et services en périnatalité et en petite enfance, à l'échelle du Québec et de ses régions.

Le second volume, intitulé *État de situation : portrait de la périnatalité et de la petite enfance au Québec*, dresse un bilan de l'état de santé des mères et des enfants ainsi que de ses déterminants. Les grandes tendances par rapport aux politiques et à l'organisation des soins et services en périnatalité et en petite enfance au Québec y sont décrites.

Le troisième volume, intitulé *Rapport sur les résultats de la consultation portant sur les soins et services en périnatalité et en petite enfance*, rend notamment compte des constats formulés par les décideurs et les experts en matière d'améliorations à apporter à l'organisation des soins et services et de la faisabilité des actions à envisager dans le contexte québécois. Les conclusions des délibérations des membres du Forum de consultation à l'égard, entre autres, de l'acceptabilité sociale des actions proposées sont également rapportées dans ce volume.

Le dernier volume, intitulé *Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandations*, fait office de conclusion de l'exercice d'appréciation de la performance et comprend les recommandations du Commissaire. Celles-ci découlent des analyses de la performance, de l'état de situation et des consultations effectuées.

En plus de ces quatre volumes du rapport d'appréciation, un autre document a été rédigé de façon parallèle. Il rend compte des expériences positives et négatives d'une cinquantaine de parents consultés à l'égard du système de santé et de services sociaux. Il s'agit de la *Consultation réalisée dans le cadre du rapport d'appréciation de la performance des soins et services en périnatalité et en petite enfance – La parole aux parents d'enfants de 0-5 ans : regard sur les soins de santé et les services sociaux à travers leurs expériences*.

> Liste des figures

La méthode d'analyse

Figure 1 Cadre d'analyse de la performance 20

Figure 2 Différents niveaux d'analyse de la performance 21

Figure 3 Catégories d'indicateurs pour la périnatalité et la petite enfance 21

Figure 4 Nombre d'indicateurs mis à jour par rapport au nombre total d'indicateurs par fonction, au niveau provincial et régional 23

La performance globale et intégrée à l'échelle provinciale

Figure 5 Degré d'atteinte des balises au Québec pour la fonction d'adaptation 28

Figure 6 Évolution de l'atteinte des balises au Québec pour la fonction d'adaptation 29

Figure 7 Évolution de la position relative du Québec à l'égard de l'atteinte des balises pour la fonction d'adaptation 30

Figure 8 Degré d'atteinte des balises au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique et au Canada pour la fonction d'adaptation 31

Figure 9 Degré d'atteinte des balises au Québec pour la fonction de production 32

Figure 10 Évolution de l'atteinte des balises au Québec pour la fonction de production 33

Figure 11 Évolution de la position relative du Québec à l'égard de l'atteinte des balises pour la fonction de production 34

Figure 12 Degré d'atteinte des balises au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique et au Canada pour la fonction de production 35

Figure 13 Degré d'atteinte des balises au Québec pour la fonction d'atteinte des buts 36

Figure 14 Évolution de l'atteinte des balises au Québec pour la fonction d'atteinte des buts 37

Figure 15 Évolution de la position relative du Québec à l'égard de l'atteinte des balises pour la fonction d'atteinte des buts 38

Figure 16 Degré d'atteinte des balises au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique et au Canada pour la fonction d'atteinte des buts 39

Figure 17 Degré d'atteinte des balises au Québec : synthèse des fonctions 40

Figure 18 Évolution de l'atteinte des balises au Québec : synthèse des fonctions 41

Figure 19 Évolution de la position relative du Québec à l'égard de l'atteinte des balises : synthèse des fonctions 42

Figure 20 Degré d'atteinte des balises au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique et au Canada : synthèse des fonctions 43

RETOUR

La performance à l'échelle des régions du Québec

Figure 21 Évolution de l'atteinte des balises selon les régions du Québec pour la fonction d'adaptation 45

Figure 22 Évolution de l'atteinte des balises selon les régions du Québec pour la fonction de production 48

Figure 23 Évolution de l'atteinte des balises selon les régions du Québec pour la fonction de maintien et développement 50

Figure 24 Évolution de l'atteinte des balises selon les régions du Québec pour la fonction d'atteinte des buts 53

Figure 25 Degré d'atteinte des balises selon les régions du Québec par fonctions de la performance 54

Figure 26 Répartition des performances régionales : corrélation entre les fonctions d'adaptation et de production 55

Figure 27 Répartition des performances régionales : corrélation entre les fonctions de production et d'atteinte des buts 56

> Liste des tableaux

La performance globale et intégrée à l'échelle provinciale

Tableau P1 Tableau de balisage interprovincial : adaptation 58

Tableau P2 Tableau de balisage interprovincial : production 60

Tableau P3 Tableau de balisage interprovincial : atteinte des buts 62

Tableau P4 Tableau de balisage interprovincial : synthèse temporelle 66

La performance à l'échelle des régions du Québec

Tableau R1 Tableau de données comparatives interrégionales : adaptation 68

Tableau R2 Tableau de données comparatives interrégionales : production 72

Tableau R3 Tableau de données comparatives interrégionales : maintien et développement 76

Tableau R4 Tableau de données comparatives interrégionales : atteinte des buts 78

Indicateurs relatifs à la période prénatale, à l'accouchement et à la petite enfance

L'analyse à l'échelle internationale

Tableau I1 Tableau de balisage international : périnatalité et petite enfance 98

L'analyse à l'échelle provinciale

Tableau P5 Tableau de balisage interprovincial : accouchement 100

Tableau P6 Tableau de balisage interprovincial : 0-5 ans 102

Tableau P7 Tableau de balisage interprovincial : caractéristiques sociodémographiques 104

L'analyse à l'échelle interrégionale

Tableau R5 Tableau de données comparatives interrégionales : période prénatale 106

Tableau R6 Tableau de données comparatives interrégionales : accouchement 108

Tableau R7 Tableau de données comparatives interrégionales : 0-5 ans 112

Tableau R8 Tableau de données comparatives interrégionales : caractéristiques sociodémographiques 118

RETOUR

RETOUR

RETOUR

Introduction

RETOUR

> Introduction

TANDIS QUE LES CITOYENS QUÉBÉCOIS EXIGENT, D'UNE PART, DES SERVICES DE QUALITÉ, ILS VEULENT, D'AUTRE PART, QUE CES SERVICES PUISSENT RÉPONDRE À LEURS BESOINS SANS POUR AUTANT QUE CETTE RÉPONSE MONOPOLISE DE PLUS EN PLUS DE RESSOURCES. DANS UN TEL CONTEXTE, L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX EST DES PLUS IMPORTANTES. LES NOTIONS D'EFFICACITÉ, D'EFFICIENCE ET DE PERFORMANCE SONT AUSSI DEVENUES DES CONSTANTES DANS LES DIFFÉRENTS DISCOURS PUBLICS. ALORS QUE L'EFFICACITÉ TIENT COMPTE DE LA CAPACITÉ D'UN SYSTÈME À ATTEINDRE SES OBJECTIFS, L'EFFICIENCE VISE LA MÊME CHOSE, TOUT EN UTILISANT À BON ESCIENT LES RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES. L'ANALYSE DE LA PERFORMANCE INTERPELLE LES CONCEPTS D'EFFICACITÉ ET D'EFFICIENCE, MAIS S'INTÉRESSE PLUS GLOBALEMENT AUX PROCESSUS DE PRODUCTION, AUX RÉSULTATS ATTEINTS PAR LE SYSTÈME ET À SA CAPACITÉ DE RÉPONDRE AUX BESOINS DES CLIENTÈLES, DANS LE RESPECT DES RÈGLES ET DES VALEURS QUI ANIMENT LA SOCIÉTÉ.

RETOUR

Si l'évaluation de la performance trouve peu de détracteurs quant à sa finalité, elle engendre parfois des questionnements qui appellent à des actions pouvant remettre en cause des orientations générales ou des façons de faire. Ces actions ont des conséquences tant sur le plan de la planification des services que de la prestation des soins et nécessitent un engagement de la part de tous. Par sa contribution, le Commissaire à la santé et au bien-être espère stimuler la réflexion et permettre une interaction constructive quant aux enjeux soulevés par les données étudiées. Son analyse doit être considérée avant tout comme un outil visant à apporter un éclairage pertinent sur la performance de notre système. Cette analyse mérite parfois d'être nuancée et approfondie au regard des connaissances détenues par les acteurs du système et des différents programmes en place. En ce sens, la collaboration de chacun est essentielle pour compléter le portrait de la performance et accroître la valeur des comparaisons effectuées.

Dans ce volume, le Commissaire regardera, comme par le passé, un ensemble d'indicateurs lui permettant de poser des questions et d'énoncer des constats appuyés par les données disponibles, organisées dans un cadre d'analyse de la performance à l'échelle provinciale et régionale. De plus, en lien avec le thème du rapport d'appréciation de cette année, soit la périnatalité et la petite enfance, période de la vie qui s'échelonne de la conception jusqu'à l'âge de 5 ans (- 9 mois à 5 ans), le présent document examinera certains indicateurs choisis pour leur capacité à rendre compte de ce sujet. À cela s'ajouteront les constats et les questionnements qui émergent de l'analyse de l'ensemble des indicateurs. Enfin, un aperçu synthétique de la performance des régions du Québec est présenté en annexe. Tout comme les rapports des deux années précédentes, chacune des sections de ce volume donne un aperçu du matériel d'appréciation de la performance : des données additionnelles et des compléments méthodologiques sont disponibles dans le site Internet du Commissaire (www.csbe.gouv.qc.ca).

RETOUR

La performance du système de santé et de services sociaux du Québec

RETOUR

> La performance du système de santé et de services sociaux du Québec

> LA MÉTHODE D'ANALYSE

Cette section rappelle brièvement quelques éléments de la démarche d'appréciation du Commissaire à la santé et au bien-être. Nous vous invitons à consulter les documents de méthodologie disponibles dans le site Internet du Commissaire (**www.csbe.gouv.qc.ca**), dans la section *Documents complémentaires*. Vous y trouverez plus de détails sur la méthodologie, des compléments, des exemples et d'autres outils permettant une meilleure compréhension de ce document.

Un cadre d'analyse globale et intégrée de la performance

Pour comprendre un système aussi complexe que le système québécois de santé et de services sociaux et pour éclairer la prise de décision relative à son développement et à sa gestion, nous devons nous pencher sur la façon dont il est structuré, sur les ressources dont il dispose, sur les services qu'il rend et sur les résultats qu'il obtient, en plus d'être sensibles au contexte dans lequel il évolue.

Un système de santé et de services sociaux performant est un système qui atteint ses buts et ses objectifs et réalise les mandats qui lui sont confiés, en conformité avec les valeurs qui l'animent et qui optimisent sa production, compte tenu des ressources dont il dispose. Pour être performant, le système de santé et de services sociaux doit assumer quatre grandes fonctions : 1) s'adapter pour se donner les ressources et les structures organisationnelles qui sont nécessaires pour répondre aux besoins et aux attentes des citoyens ; 2) produire des services pour assurer un volume approprié et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert ; 3) maintenir et développer ses capacités pour assurer son bon fonctionnement et sa pérennité ; 4) atteindre les buts qui émergent des choix de société (CSBE, 2010a).

Les quatre fonctions du cadre d'analyse de la performance

L'adaptation

L'adaptation consiste en la capacité de structurer et de configurer le système et d'acquérir les ressources en fonction des besoins de la population. Cette fonction traduit la capacité à s'adapter aux forces externes qui s'exercent sur le système, à mobiliser la communauté, à innover et à attirer la clientèle. Comme le système de santé et de services sociaux est en constante évolution, sa performance est tributaire de la capacité des décideurs à anticiper les besoins et les tendances émergentes dans leur contexte politique, social, sanitaire et technologique.

La production

La production se caractérise non seulement selon les volumes de soins et services, mais aussi selon leur optimisation en fonction des ressources investies. Elle concerne également la coordination des services, qui en permet un agencement logique et fonctionnel, dans la perspective d'un parcours de soins fluide et continu. La qualité – comprise comme un ensemble d'attributs des services qui favorisent le meilleur résultat possible – en constitue une autre sous-dimension. Enfin, la production inclut les services collectifs de promotion, de prévention, de dépistage, d'immunisation et de surveillance de l'état de santé.

Le maintien et développement

Les valeurs sociales sont à la base de la création des institutions de notre système de santé et de services sociaux. Parallèlement, l'organisation et le fonctionnement de ces institutions ont des répercussions notables sur le climat de travail, les valeurs qui y sont véhiculées et la pérennité de leur action. Ainsi, la fonction de maintien et développement, fortement liée à la culture organisationnelle, réfère à la qualité du fonctionnement des organisations et des systèmes. Cette fonction peut être prise en considération en raison, notamment, d'indicateurs qui documentent le climat de travail et le bien-être des employés.

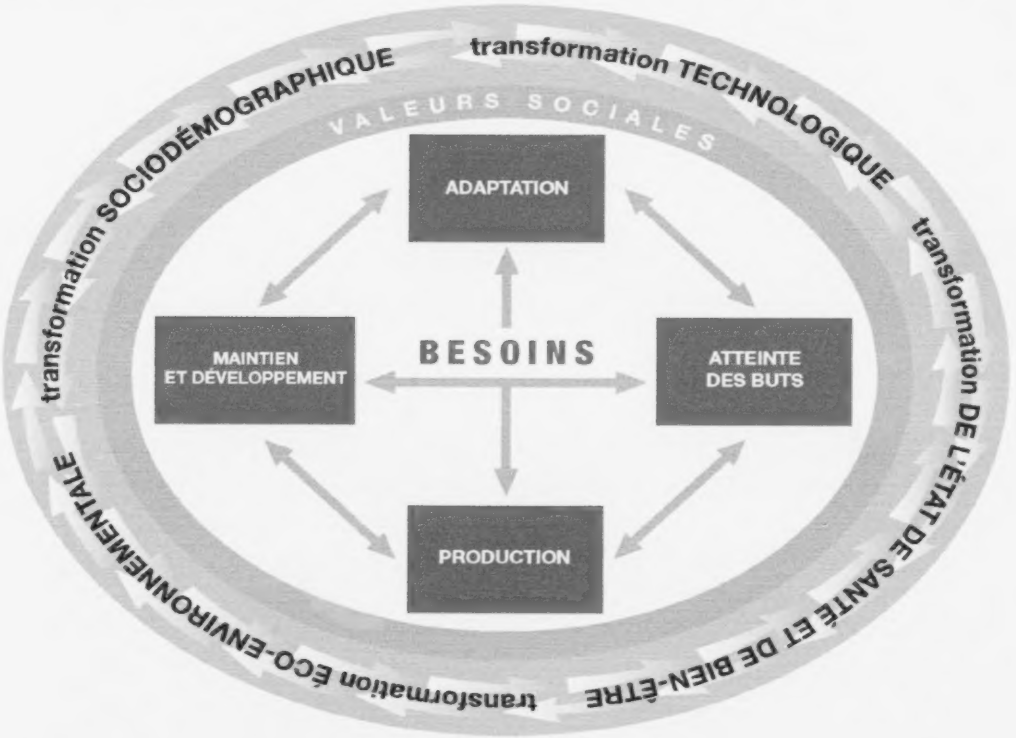
L'atteinte des buts

L'atteinte des buts traduit la capacité du système à satisfaire aux objectifs fondamentaux qui lui sont fixés dans le contexte plus global des déterminants de la santé et du bien-être. Pour le système public de santé, cette fonction a trait à l'amélioration de l'état de santé global de la population et à la satisfaction de ses attentes envers les soins et services. Elle comprend aussi les notions d'efficience (les résultats de santé et de bien-être en fonction des ressources investies) et d'équité à l'égard des services rendus et des résultats de santé atteints.

RETOUR

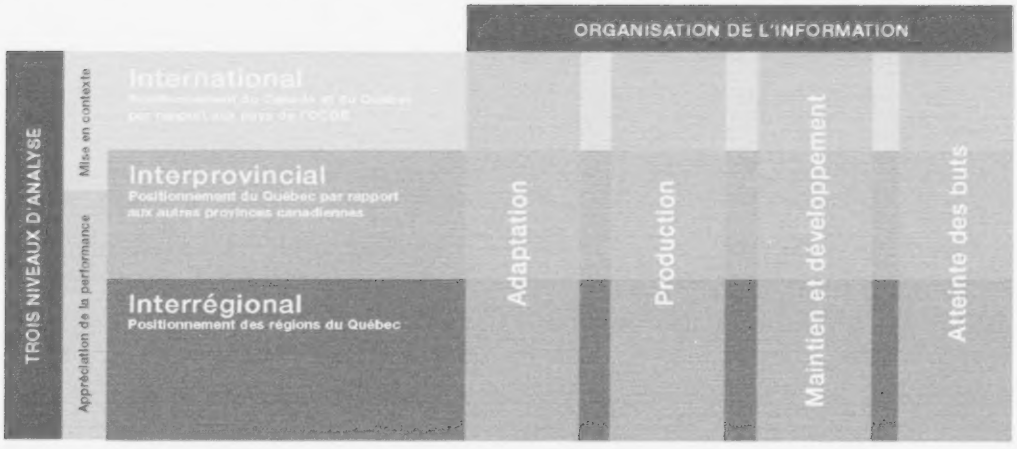
La performance consiste en l'équilibre des quatre fonctions mentionnées précédemment. Elle doit aussi être cohérente avec un environnement caractérisé par des transformations éco-environnementales, sociodémographiques, technologiques ainsi que par des transformations de l'état de santé et de bien-être de la population. La figure 1 illustre le cadre d'analyse de la performance retenu par le Commissaire.

Figure 1
CADRE D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE



À partir de la synthèse des renseignements disponibles, il est donc possible de comparer la performance pour les quatre fonctions du système de santé et de services sociaux selon les trois niveaux présentés à la figure 2. Ce document contient les données à l'échelle provinciale et régionale ; les données internationales sont plutôt utilisées à des fins de mise en contexte.

Figure 2
DIFFÉRENTS NIVEAUX D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE



Un cadre d'analyse spécifique à la périnatalité et à la petite enfance

Afin de présenter les indicateurs retenus pour notre thème annuel de la manière la plus compréhensible possible, nous avons choisi de les classer en trois blocs, soit la période prénatale, l'accouchement et la période de vie de 0 à 5 ans (figure 3). À cela s'ajoutent d'autres indicateurs qui sont liés au thème, mais qui sont d'ordre sociodémographique et qui servent principalement à mettre en contexte le propos.

Figure 3
CATÉGORIES D'INDICATEURS POUR LA PÉRINATALITÉ ET LA PETITE ENFANCE

Prénatal
Suivi de grossesse normale
Suivi de grossesse à risque
Accouchement
Accouchement
État de santé des enfants
0-5 ans
Suivi régulier
Problèmes chroniques et aigus de santé physique et mentale
Clientèle en contexte de vulnérabilité
Déficience physique
Déficience intellectuelle et TED
Jeunes en difficulté
Ensemble des enfants
Caractéristiques sociodémographiques
Ressources financières et humaines
Population et fécondité

RETOUR

La première section regroupe les indicateurs portant sur le suivi de grossesse, tels que le taux de sages-femmes ou d'obstétriciens-gynécologues, qui sont utilisés pour situer le Canada sur la scène internationale. La deuxième section porte sur l'accouchement et l'état de santé des enfants. Elle comprend des indicateurs comme le taux de césariennes, le taux de rétention des accouchements, le taux d'anesthésies péridurales, la santé des nouveau-nés, le suivi de leur développement et le taux de mortalité associé aux jeunes enfants. La troisième section met l'accent sur les enfants de 0 à 5 ans : elle est divisée selon plusieurs ensembles d'indicateurs qui cherchent à témoigner de situations particulières. Par exemple, sous le vocable *Jeunes en difficulté* sont rassemblés des indicateurs tels que le taux d'enfants hébergés par les centres jeunesse ou le taux d'usagers des services du programme Jeunes en difficulté des centres de santé et de services sociaux. Il en va de même pour chacun des sous-groupes rattachés aux enfants de 0 à 5 ans. Un tel regroupement d'indicateurs permet de scruter les déterminants et les issues de la santé parentale et infantile. Finalement, les caractéristiques sociodémographiques situent chaque niveau de comparaison en illustrant les ressources disponibles et en traçant les grandes tendances de la situation populationnelle et de la fécondité, lorsque les données le permettent.

L'évolution et la continuité des indicateurs retenus

Cette année, trois indicateurs ont fait l'objet d'une révision importante. Les deux premiers changements s'appliquent autant pour le niveau provincial que régional et les indicateurs touchés se trouvent en atteinte des buts. D'abord, l'indicateur de l'*indice fonctionnel global de l'état de santé* faisant état de la *proportion de la population ayant des problèmes modérés ou graves* devient la *proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine*. La mesure du côté positif offre une meilleure stabilité statistique et demeure cohérente avec le calcul de l'atteinte des buts. Puis, la définition de la *proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations et ayant fait l'objet d'un suivi médical* est élargie pour considérer maintenant toutes les blessures entraînant des limitations. Finalement, le troisième indicateur révisé est la *proportion des appels répondus par Info-Santé en moins de quatre minutes*. Dorénavant, l'indicateur calcule plutôt la proportion des appels ayant été répondus par rapport à l'ensemble des appels reçus.

Il est à noter que les données présentées d'un bon nombre d'indicateurs (9 indicateurs au niveau provincial et 25 au niveau interrégional) ont été révisées rétroactivement en fonction de la mise à jour des données populationnelles afin d'augmenter la précision des taux. Quelques ajustements ont également été effectués quant aux sources utilisées pour certains indicateurs, et ce, dans le but d'en améliorer la qualité ou la disponibilité. Les sources et définitions de l'ensemble des indicateurs utilisés sont détaillées dans un recueil disponible dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca). Les années de données utilisées pour chacun des indicateurs ainsi que la méthode de calcul y figurent également.

Pour ce qui est des mises à jour annuelles, la majorité des indicateurs ont pu être actualisés sur la base des nouvelles données publiées depuis la sortie de notre rapport sur les maladies chroniques en 2010. Un aperçu du nombre d'indicateurs ayant pu être mis à jour pour chacune des fonctions est présenté à la figure 4. Plusieurs des indicateurs provinciaux ont d'ailleurs pu bénéficier d'une mise à jour pour plus d'une année de données. C'est

RETOUR

particulièrement le cas pour les indicateurs produits par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), pour lesquels le Québec accumulait dans les dernières années un retard de deux ans de données par rapport aux autres provinces, retard qu'il a maintenant comblé. Cela permet d'appuyer les calculs de balisage de ce rapport sur des données de 2008-2009 pour ces indicateurs. Toutefois, certains indicateurs n'ont pu être actualisés, car les nouvelles données n'étaient pas disponibles au moment d'effectuer les calculs. En ce qui concerne les indicateurs provinciaux d'années potentielles de vie perdues, comme les données n'étaient pas suffisamment récentes, les trois indicateurs touchés ont été temporairement exclus des calculs de balisage. Finalement, les données internationales, mises à jour elles aussi, sont présentées uniquement dans le site Internet du Commissaire.

Figure 4

NOMBRE D'INDICATEURS MIS À JOUR PAR RAPPORT AU NOMBRE TOTAL D'INDICATEURS PAR FONCTION, AU NIVEAU PROVINCIAL ET RÉGIONAL

	ADAPTATION	PRODUCTION	MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT	ATTEINTE DES BUTS	TOTAL
Provincial	11/12	13/16	–	22/31	46/59
Régional	17/24	32/33	8/8	32/36	89/101

Les sources d'information et les indicateurs utilisés

Voici un bref rappel des principales sources d'information utilisées pour dresser le tableau de la performance du système québécois de santé et de services sociaux. D'abord, les indicateurs retenus en matière de données interprovinciales proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. Ces indicateurs bénéficient de définitions opérationnelles précises qui balisent le transfert d'information à partir des provinces. En ce qui concerne les données de l'ESCC, une méthode d'enquête uniforme est utilisée à travers le Canada. Ces sources d'information sont ainsi considérées comme les plus complètes pour comparer les provinces.

À l'échelle régionale, les indicateurs ont été alimentés à partir des bases de données hébergées au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Beaucoup de données sont tirées des bulletins d'information publiés par le Service du développement de l'information (SDI) du MSSS. Ces bulletins sont Info-Sérhum, Info-Bassins, Info-Contour, Info-Org.com, Info-Med-Écho, Info-Sifo et Info-Stats. Pour certains indicateurs, le Commissaire a extrait les données des systèmes de renseignements du MSSS. D'autres indicateurs ont aussi été documentés à même les données transmises par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Enfin, pour quelques indicateurs précis, les données reposent sur de grandes enquêtes, telles que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada et l'Enquête sur la satisfaction des usagers de l'Institut de la statistique du Québec. De multiples renseignements provenant de sondages ou d'autres sources de données ont permis de compléter le tableau.

La sélection des indicateurs et le choix des balises d'excellence

Nous avons sélectionné les indicateurs pour assurer la couverture du plus grand nombre de fonctions et de sous-dimensions de notre cadre d'appréciation, en évitant de multiplier inutilement l'information. Les indicateurs ont été retenus selon divers critères, tels que la validité de l'indicateur, sa stabilité de mesure, sa sensibilité au changement et sa pertinence, soit sa capacité d'être attribué aux actions du système de santé et de services sociaux.

DANS UNE PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA PERFORMANCE, NOUS AVONS OPTÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT DE BALISES DE COMPARAISON REPRÉSENTANT UN DEGRÉ ÉLEVÉ D'EXCELLENCE.

En ce qui concerne la balise d'excellence, il s'agit d'une donnée « repère » qui permet de comparer les résultats obtenus à l'égard d'un indicateur ou d'une sous-dimension de la performance à un niveau jugé excellent ou signe d'une bonne performance. Dans une perspective d'amélioration de la qualité et de la performance, nous avons opté pour l'établissement de balises de comparaison représentant un degré élevé d'excellence. En général, les balises choisies représentent le meilleur résultat observé parmi les territoires comparés – le plus élevé pour un indicateur ayant rapport à un événement désirable et le plus bas pour un indicateur ayant rapport à un événement indésirable. Enfin, comme complément à l'utilisation de balises d'excellence, la mesure du rang[1] demeure un outil intéressant pour dresser le tableau de la performance dans une perspective comparative.

Du côté de la périnatalité et de la petite enfance, nous avons choisi les indicateurs en respectant les mêmes règles de sélection que celles utilisées dans l'appréciation globale. Néanmoins, dans ce cas-ci, le choix des indicateurs a aussi été grandement influencé par leur disponibilité et leur comparabilité. Par exemple, pour certains indicateurs, les données varient fortement d'une région à l'autre ou encore le nombre de régions ayant une donnée disponible est réduit. Nous avons donc choisi de présenter ces indicateurs sans porter de jugement de performance vis-à-vis de leur interprétation, ce qui explique la teneur plus descriptive du texte et l'absence de mise en forme soulignant la performance dans les tableaux de données.

Une analyse de l'évolution de la performance dans le temps

Nous avons procédé à une analyse systématique de l'évolution dans le temps des indicateurs et des niveaux d'atteinte des balises d'excellence. Cette analyse temporelle vient caractériser les résultats en permettant de voir dans quelle mesure la performance s'améliore ou se détériore dans le temps au Québec comparativement à l'ensemble du Canada, de même que dans les régions du Québec par rapport à l'ensemble de la province.

1. Dans le présent document, en raison de contraintes techniques, le rang n'est pas indiqué sous la forme d'un exposant.

RETOUR

Les limites de l'analyse

L'analyse d'indicateurs de monitorage comporte des limites sur le plan de la méthode et de l'interprétation, comme toute démarche d'appréciation de la performance. Ces limites sont détaillées dans le document intitulé *L'analyse des indicateurs de monitorage : complément méthodologique*, disponible dans le site Internet du Commissaire. À titre d'exemple, ces limites peuvent témoigner de la difficulté d'un tel exercice à refléter la complexité du système de santé et de services sociaux ainsi que d'enjeux liés à la disponibilité des données ou aux écarts temporels qui varient d'un indicateur à l'autre en vertu des cycles d'enquêtes et de la fréquence des mises à jour des données publiées. De plus, l'interprétation doit être modérée pour certains indicateurs en fonction de la mobilité interrégionale des usagers du système de santé et de services sociaux québécois. Finalement, bien que les indicateurs permettent de reconnaître des écarts entre les territoires comparés ou dans le temps, ils ne permettent pas pour autant de comprendre les raisons qui expliquent ces écarts.

BIEN QUE LES INDICATEURS PERMETTENT DE RECONNAÎTRE DES ÉCARTS ENTRE LES TERRITOIRES COMPARÉS OU DANS LE TEMPS, ILS NE PERMETTENT PAS POUR AUTANT DE COMPRENDRE LES RAISONS QUI EXPLIQUENT CES ÉCARTS.

L'analyse de sensibilité du modèle d'appréciation du Commissaire révèle la variation potentielle des résultats de balisage en fonction du choix de regroupement des indicateurs servant à l'analyse de la performance. Autrement dit, nous cherchons à mesurer au moyen de l'analyse de sensibilité la variation entre les résultats agrégés obtenus avec le cadre d'appréciation et les résultats qui auraient été observés si nous avions calculé chacun des indicateurs sans tenir compte du découpage en sous-dimensions de ce même modèle.

Ainsi, au niveau provincial, la variation due à l'utilisation du modèle est plus grande que celle pour le niveau régional, particulièrement pour la fonction d'adaptation. Comme nous l'avions constaté l'an dernier, cela s'explique par le peu d'indicateurs contenus dans deux des sous-dimensions de l'adaptation (mobilisation de la communauté et adaptation aux besoins de la population). L'analyse de sensibilité témoigne de variations allant de -5,4 à 5,3 % en adaptation, de -0,8 à 1,1 % en production et de -1,1 à 1,5 % en atteinte des buts. Plus précisément, l'utilisation des regroupements du cadre d'appréciation diminue le résultat agrégé en adaptation pour le Québec de 5,4 % d'atteinte de la balise, ce qui le classe au 10e rang, alors que le résultat qui aurait été obtenu sans l'utilisation du cadre d'appréciation l'aurait placé au 6e rang. Pour la production, l'utilisation des regroupements du cadre d'appréciation augmente le résultat de 1,0 % par rapport à celui qui aurait prévalu sans l'utilisation du cadre d'appréciation, alors que ce chiffre est de 0,2 % pour l'atteinte des buts. Néanmoins, aucun changement quant au rang du Québec n'aurait été observé.

RETOUR

Pour les calculs régionaux, l'analyse de sensibilité démontre des variations de -3,0 à -6,1 % en adaptation, de -2,8 à 1,1 % en production, de -2,9 à 2,9 % en maintien et développement et de -0,4 à 0,5 % en atteinte des buts (par rapport aux résultats qui auraient été obtenus sans le cadre d'appréciation de la performance). Il est à noter que nous avons adopté une méthode simple de calcul des scores moyens pour chaque fonction et sous-dimension, dans laquelle les indicateurs ont tous le même poids. Bien que nos analyses de sensibilité suggèrent que les scores moyens varient peu lorsque nous disposons d'un vaste ensemble d'indicateurs, l'introduction de pondérations, pour mettre l'accent sur certains indicateurs ou certaines sous-dimensions, pourrait donner des résultats différents.

RELATIVEMENT À LA PÉRINATALITÉ ET À LA PETITE ENFANCE, IL EXISTE TRÈS PEU D'INDICATEURS SUR LA PHASE PRÉNATALE

Relativement à la périnatalité et à la petite enfance, le manque de données pour l'ensemble des indicateurs souhaités est une limite incontestable. En effet, il existe très peu d'indicateurs sur la phase prénatale, ce qui réduit notre capacité d'analyse de cette période, autant pour ce qui est de la comparaison du Canada sur la scène internationale et du Québec parmi les provinces canadiennes que des régions sociosanitaires du Québec entre elles.

Par ailleurs, certaines données accessibles n'étaient pas assez récentes, ce qui réduit leur utilité pour rendre compte de la réalité actuelle. D'autres semblaient présenter des erreurs sur le plan du codage, puisqu'elles affichaient des chiffres incohérents avec la réalité, ce qui nous a poussés à les écarter. Les sources de données et les méthodes de calcul diffèrent parfois d'un type de comparaison à l'autre, ce qui explique que de minimes variations puissent s'observer pour un même indicateur. L'impossibilité de recueillir tous les indicateurs au moyen d'une même source de données restreint la comparaison pouvant être faite d'un niveau à l'autre.

Bien que les statistiques représentent toutes une réalité donnée, elles ont aussi leurs limites. La plupart des indicateurs présentés ne sont pas ajustés en fonction des caractéristiques de la population. La répartition géographique au Québec module les services offerts à l'ensemble des citoyens québécois. Aussi, les grands écarts démographiques qui caractérisent le Québec de part et d'autre s'observent à travers certains indicateurs, tels que le taux d'hospitalisations en soins de courte durée, en lien avec la santé physique de 1 000 enfants de moins de 1 an, étant donné que les régions éloignées et isolées ne comptent que très peu d'enfants de cet âge. Cet indicateur présente des proportions pour 1 000 enfants beaucoup plus grandes dans les régions isolées et éloignées que dans l'ensemble du Québec : le Nunavik, les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nord-du-Québec ainsi que la Côte-Nord, l'Abitibi-Témiscamingue, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Il convient donc de garder en tête que ces facteurs peuvent parfois avoir un effet de distorsion, surtout lorsque nous utilisons des données basées sur de petits nombres de cas.

Ce rapport cherche d'abord et avant tout à tracer des constats généraux. Toutefois, le nombre d'indicateurs au niveau interrégional, la difficulté d'interprétation de plusieurs d'entre eux et le déséquilibre qui s'observe parfois entre les différentes catégories d'indicateurs nous amènent à ne pas prendre en considération les résultats de balisage agrégés, comme nous

RETOUR

le faisons pour l'analyse globale, car ces résultats de balisage risqueraient d'introduire un trop grand nombre de biais dans l'analyse. Cela nous permet aussi d'aborder les régions du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, contrairement à l'analyse globale. Bien qu'il ne fasse aucun doute que l'atteinte par une région d'un faible taux de mortalité soit interprétée favorablement, il n'en va pas de même pour tous les indicateurs. Par exemple, le coût moyen par naissance des services hospitaliers associés à l'accouchement est plus élevé dans les régions universitaires qu'ailleurs au Québec. Cela nous permet de faire un constat, à titre indicatif, à propos de ce qu'il en coûte aux régions universitaires afin de remplir leur mandat de centre spécialisé, même s'il demeure difficile de quantifier les implications découlant de ce mandat suprarégional. Ces limites nous restreignent dans la comparaison des régions et des groupes de régions, mais nous pensons que nos travaux permettent de mettre en lumière plusieurs enjeux.

Malgré ces limites inhérentes à l'exercice de monitorage de systèmes complexes, à l'aide d'indicateurs essentiellement quantitatifs, les analyses présentées dans ce rapport ont pour objectif de stimuler la discussion d'un ensemble d'intervenants du réseau pour mieux en comprendre la signification et les améliorations à y apporter dans le futur.

> LA PERFORMANCE GLOBALE ET INTÉGRÉE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE

Cette section comprend une analyse descriptive des résultats de balisage qui ont été calculés pour le Québec par rapport à l'ensemble canadien. À tour de rôle, les fonctions du cadre d'appréciation seront abordées, à l'exception de la fonction de maintien et développement, pour laquelle le nombre d'indicateurs disponibles et comparables ne permet pas pour le moment de présenter un traitement statistique semblable à celui des autres fonctions. Pour chacune des trois autres fonctions, nous observerons la performance du Québec, l'évolution temporelle des niveaux d'atteinte de la balise ainsi que la comparaison avec deux provinces, soit l'Ontario et la Colombie-Britannique. Nous vous invitons à consulter les tableaux à la fin de cette partie du document (tableaux P1 à P4) pour trouver les résultats détaillés par indicateur.

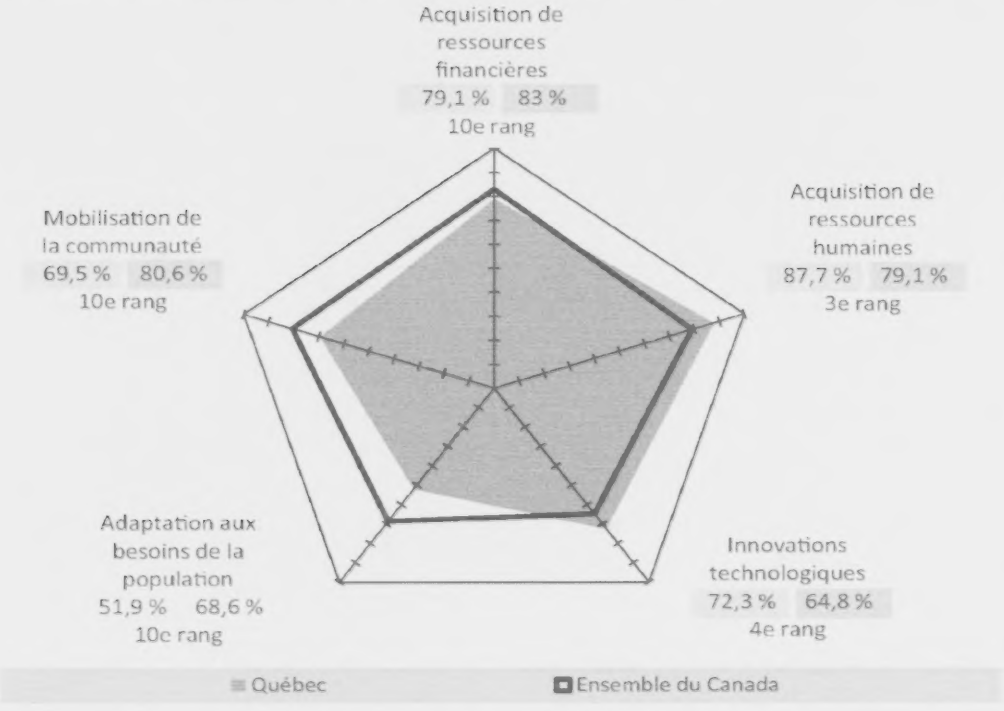
L'adaptation

LE QUÉBEC SE COMPARE RELATIVEMENT BIEN VIS-À-VIS DES AUTRES PROVINCES POUR SON PERSONNEL DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET POUR LA PRÉSENCE DE CERTAINS APPAREILS DE HAUTE TECHNOLOGIE

Pour ce qui est de sa capacité d'adaptation, le système québécois obtient des résultats inférieurs à ceux du Canada pour trois des cinq sous-dimensions présentées. Toutefois, en acquisition des ressources, le Québec se distingue favorablement pour ses niveaux d'atteinte de la balise pour les indicateurs liés aux ressources humaines (3e rang) et aux innovations technologiques (4e rang). Alors que l'acquisition de ressources humaines mesure le taux de médecins omnipraticiens (4e rang), le taux de médecins spécialistes (2e rang) et le taux d'infirmières (7e rang), la sous-dimension des innovations technologiques se concentre sur la présence d'appareils de tomodensitométrie (TDM) et d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ainsi que sur leur utilisation en matière d'examens effectués pour 1 000 habitants. En d'autres termes, le Québec se compare relativement bien vis-à-vis

des autres provinces pour son personnel du réseau de la santé et pour la présence de certains appareils de haute technologie.

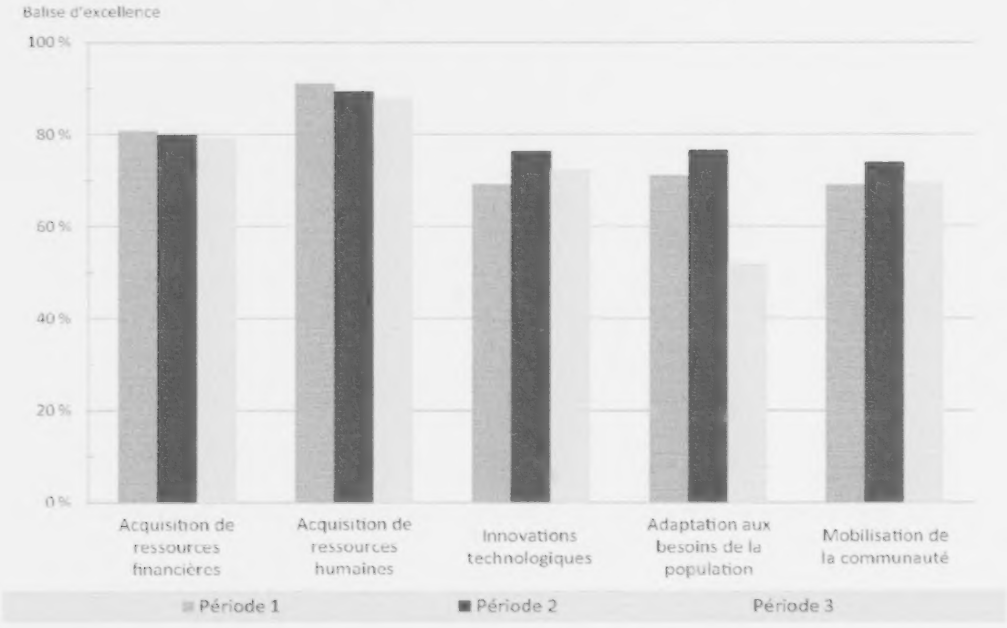
Figure 5
DEGRÉ D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LA FONCTION D'ADAPTATION



Les dépenses en santé par habitant sont moindres au Québec par rapport aux autres provinces, étant donné que la province se classe au 10e rang. L'écart de balisage n'est toutefois pas très élevé entre la performance du Québec et celle de l'ensemble du Canada. Aussi, le Québec termine au dernier rang pour l'adaptation aux besoins de la population et la mobilisation de la communauté (10e rang) avec des écarts négatifs plus marqués. Les deux indicateurs utilisés pour mesurer ces sous-dimensions démontrent que les Québécois déclarent plus fréquemment que dans toute autre province canadienne qu'ils ont des besoins non satisfaits en matière de santé (10e rang) et qu'ils ne ressentent pas de sentiment fort d'appartenance à leur communauté locale (10e rang).

Figure 6

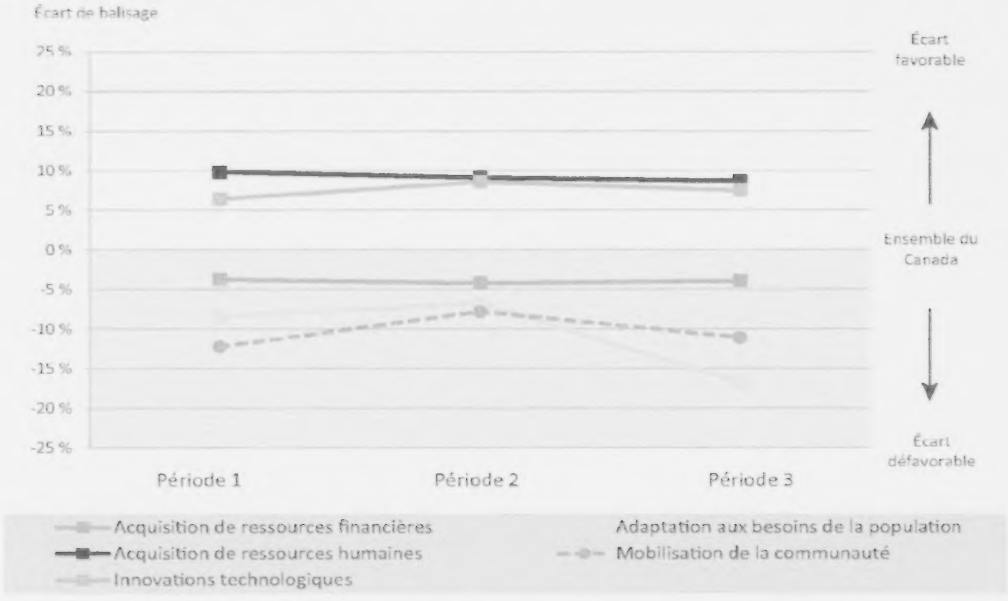
ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LA FONCTION D'ADAPTATION



L'étude des niveaux d'atteinte de la balise de 2004-2005 à 2008-2009 révèle un profil plutôt semblable pour les sous-dimensions d'acquisition de ressources financières et humaines, soit une légère diminution des niveaux d'atteinte de la balise, sans que la position parmi les provinces canadiennes ne change. Quant aux trois autres sous-dimensions (les innovations technologiques, l'adaptation aux besoins de la population et la mobilisation de la communauté), elles montrent une amélioration de la période 1 (2004-2005) à la période 2 (2005-2007), mais une régression à la période 3 (2007-2009).

Figure 7

ÉVOLUTION DE LA POSITION RELATIVE DU QUÉBEC À L'ÉGARD DE L'ATTEINTE DES BALISES POUR LA FONCTION D'ADAPTATION

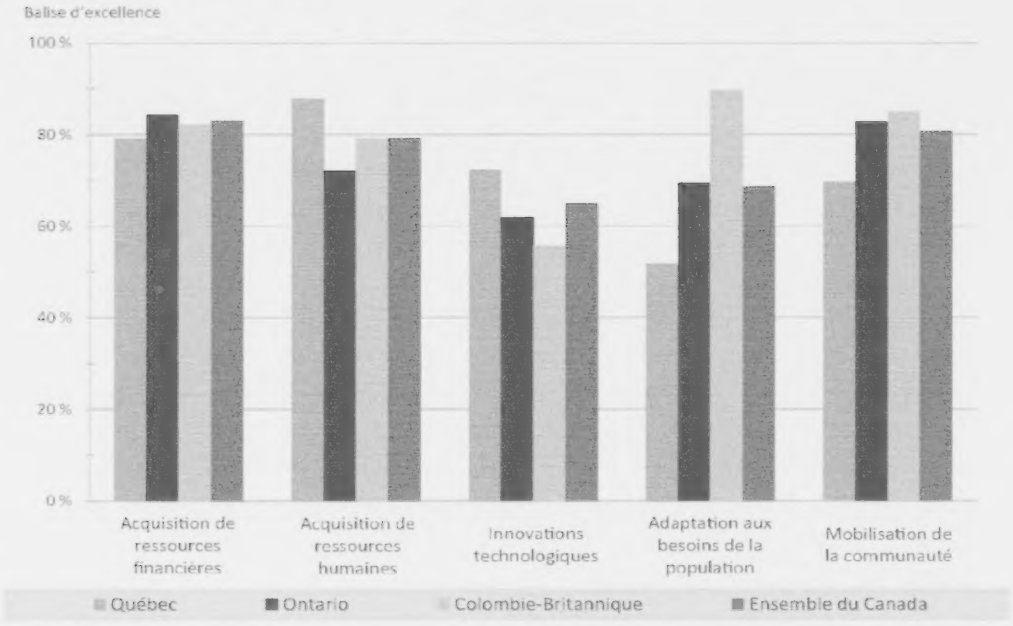


La comparaison des résultats québécois à ceux de l'ensemble du Canada de 2004-2005 à 2008-2009 révèle un écart positif variant de 6 à 10 % pour les sous-dimensions de l'acquisition de ressources humaines et des innovations technologiques. En acquisition de ressources financières, un écart négatif d'environ 4 % demeure stable dans le temps. De plus, les résultats du Québec pour l'adaptation aux besoins de la population et la mobilisation de la communauté se situent de 8 à 16 % en dessous de ceux de l'ensemble canadien : la variation est plus forte pour ces deux sous-dimensions, en partie à cause du fait qu'elles sont alimentées chacune par un seul indicateur. Ces résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

RETOUR

Figure 8

DEGRÉ D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC, EN ONTARIO, EN COLOMBIE-BRITANNIQUE ET AU CANADA POUR LA FONCTION D'ADAPTATION



Selon la comparaison entre les résultats de balisage du Québec et ceux des deux autres provinces canadiennes les plus populeuses (l'Ontario et la Colombie-Britannique), le portrait en adaptation reste semblable à celui présenté dans le précédent rapport d'appréciation (CSBE, 2010a). Les investissements financiers demeurent plus bas au Québec qu'en Ontario ou en Colombie-Britannique, en raison de plusieurs facteurs tels que les disparités économiques, l'écart du coût de la vie ou des salaires, alors que les ressources humaines sont plus nombreuses, surtout en ce qui concerne les taux de médecins pour 1 000 habitants. Un taux élevé de médecins par habitant ne signifie pas pour autant une meilleure réponse aux besoins de la population, car d'autres facteurs entrent en ligne de compte, par exemple l'organisation des services et l'intensité de pratique des médecins. Le Québec se situe donc en deçà de ses semblables pour l'adaptation aux besoins de la population avec un plus haut taux de besoins non satisfaits déclarés par les citoyens. Finalement, le Québec se distingue en innovations technologiques, puisqu'il possède davantage d'appareils de tomodensitométrie (TDM) et d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour 1 000 habitants que l'Ontario et la Colombie-Britannique.

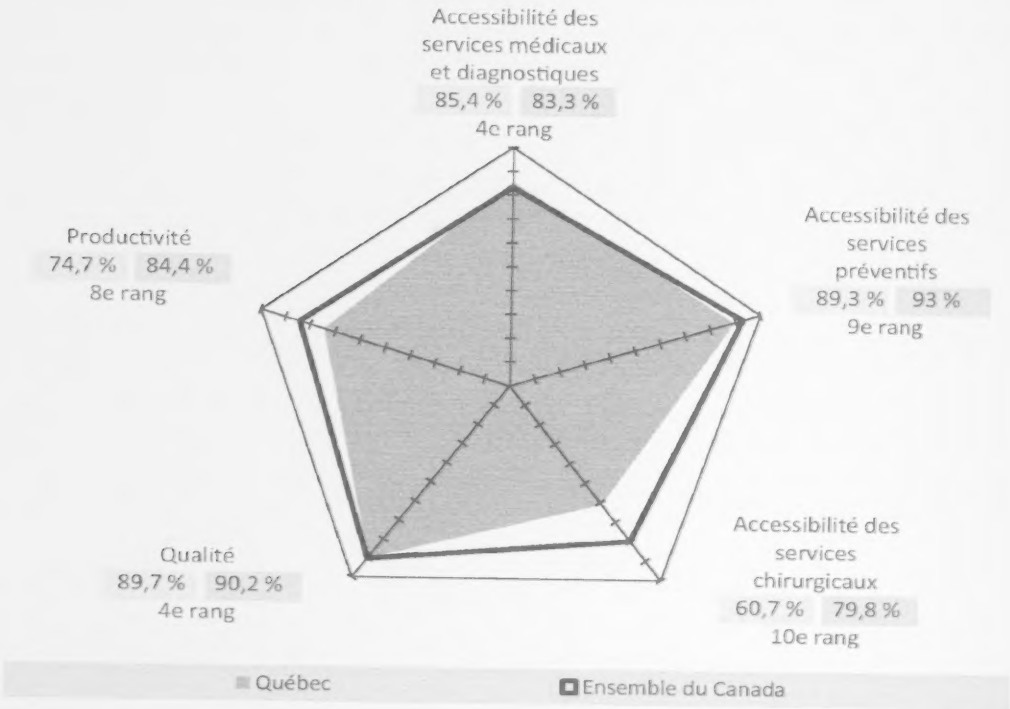
UN TAUX ÉLEVÉ DE MÉDECINS PAR HABITANT NE SIGNIFIE PAS POUR AUTANT UNE MEILLEURE RÉPONSE AUX BESOINS DE LA POPULATION, CAR D'AUTRES FACTEURS ENTRENT EN LIGNE DE COMPTE, PAR EXEMPLE L'ORGANISATION DES SERVICES ET L'INTENSITÉ DE PRATIQUE DES MÉDECINS.

La production

La production de services par le système québécois se caractérise par de faibles niveaux d'atteinte de la balise pour plusieurs de ses sous-dimensions. En effet, le Québec se situe parmi les provinces les moins performantes en ce qui a trait à l'accessibilité des services préventifs (9e rang), à l'accessibilité des services chirurgicaux (10e rang) et à la productivité (8e rang). Au sein de l'ensemble canadien, une performance plutôt favorable est néanmoins observable pour les sous-dimensions de la qualité (4e rang) et de l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques (4e rang).

Figure 9

DEGRÉ D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LA FONCTION DE PRODUCTION



L'ACCÈS AUX MÉDECINS DE FAMILLE EST GRANDEMENT PRÉOCCUPANT AU QUÉBEC, PUISQUE LES QUÉBÉCOIS DÉCLARENT AVOIR ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE EN MOINS GRAND NOMBRE QUE LEURS HOMOLOGUES CANADIENS.

Plus précisément, la position favorable du Québec parmi les provinces canadiennes pour l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques s'explique du fait que le Québec se démarque par la proportion de personnes ayant attendu moins d'un mois pour une visite chez un médecin spécialiste (1er rang) et pour des tests diagnostiques (3e rang). Toutefois, l'accès aux médecins de famille est grandement préoccupant au Québec, puisque les Québécois déclarent avoir accès à un médecin de famille en moins grand nombre que leurs homologues canadiens : le Québec se classe ainsi au dernier rang (10e rang).

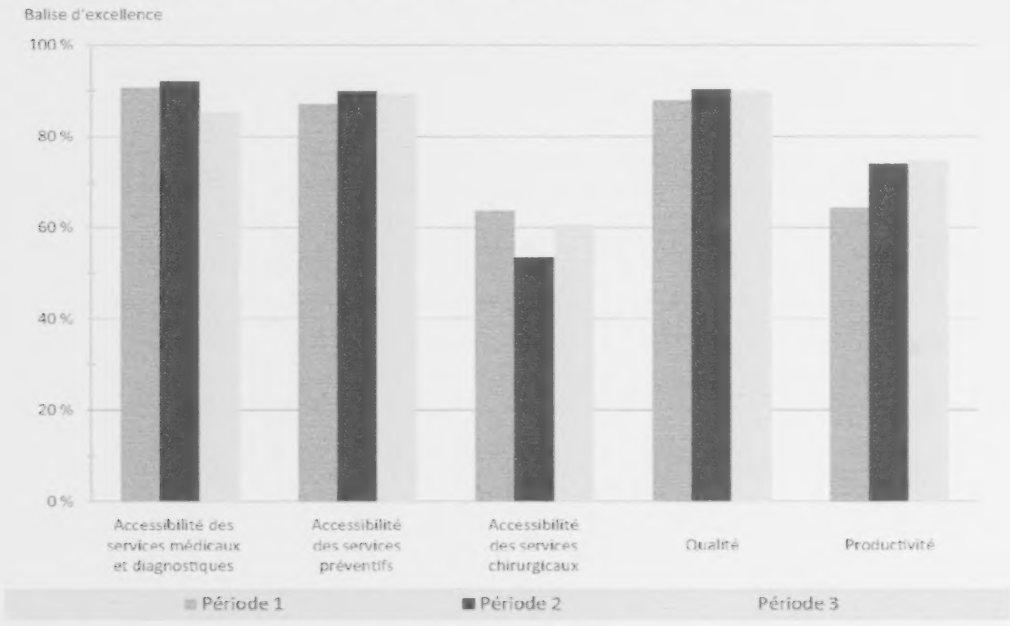
RETOUR

Pour ce qui est de l'accessibilité des services préventifs, elle est évaluée en fonction des indicateurs suivants : pourcentage de la population de 65 ans et plus ayant été vaccinée contre l'influenza (9e rang), proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie (3e rang) et proportion de femmes ayant passé un test de Pap (frottis vaginal) (10e rang). L'accessibilité des services chirurgicaux au Québec mesure, quant à elle, l'attente pour les chirurgies non urgentes (6e rang). Le résultat pour la sous-dimension liée aux services chirurgicaux est davantage influencé par les volumes de services : le Québec s'écarte de manière importante de la balise pour le taux d'arthroplasties de la hanche (10e rang) et du genou (10e rang). Ces résultats ne correspondent pas nécessairement à une production trop faible : ils peuvent aussi s'expliquer par une demande plus faible et, par conséquent, une meilleure santé des Québécois. En production, nous nous intéressons principalement à la quantité de soins réalisés et non aux besoins exprimés, qui sont davantage liés à la capacité du système à s'adapter plutôt qu'à celle de produire. Ce 10e rang aurait pu être interprété de manière favorable si nous l'avions analysé sous l'angle de la pertinence des interventions médicales, par exemple.

Selon les indicateurs portant sur la qualité, les performances se situent près de celles de l'ensemble du Canada pour les hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires (4e rang), même si les Québécois jugent plus sévèrement la qualité des soins reçus (8e rang) que ce que l'on trouve dans d'autres provinces. Finalement, la faible atteinte de la balise pour la sous-dimension de la productivité s'explique par la faible proportion de la population ayant consulté un médecin (10e rang), des durées de séjour à l'hôpital plus longues que la moyenne canadienne (7e rang) et la faible intensité d'utilisation des appareils de tomodensitométrie (7e rang) et des appareils d'imagerie par résonance magnétique (7e rang).

Figure 10

ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LA FONCTION DE PRODUCTION



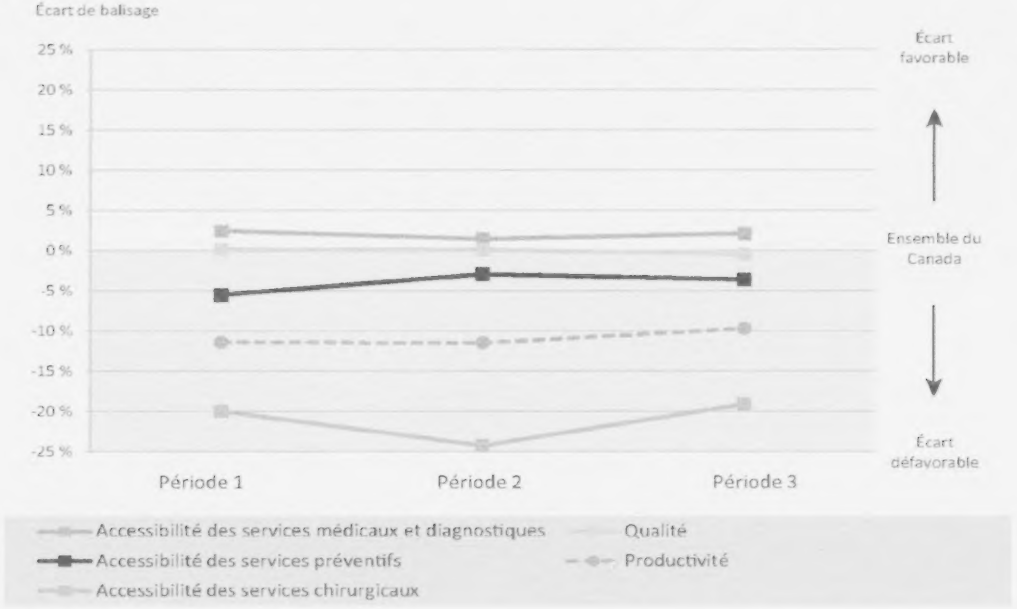
RETOUR

POUR LA PRODUCTIVITÉ, LE QUÉBEC A SU RATTRAPER UNE PARTIE DE SON RETARD PAR RAPPORT À LA BALISE D'EXCELLENCE, PARTICULIÈREMENT DE 2005 À 2007.

Sur un horizon temporel, le calcul de balisage effectué à trois périodes s'étalant approximativement de 2005 à 2009 confirme une relative stabilité des niveaux d'atteinte de la balise pour l'accessibilité des services préventifs et la qualité. L'accessibilité des services médicaux et diagnostiques s'est quelque peu détériorée quant à son niveau d'atteinte de la balise de 2005 à 2009, de même que l'accessibilité des services chirurgicaux, malgré que cette dernière se soit améliorée depuis 2007. Pour la productivité, le Québec a su rattraper une partie de son retard par rapport à la balise d'excellence, particulièrement de 2005 à 2007.

Figure 11

ÉVOLUTION DE LA POSITION RELATIVE DU QUÉBEC À L'ÉGARD DE L'ATTEINTE DES BALISES POUR LA FONCTION DE PRODUCTION

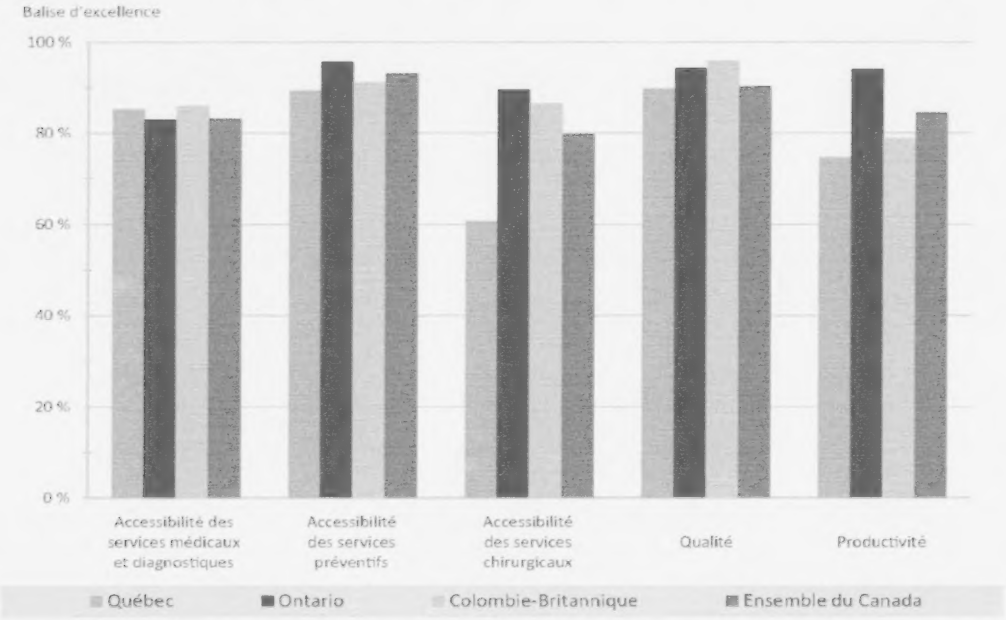


Toujours sous l'angle des comparaisons temporelles de balisage, l'écart entre les résultats du Québec et ceux de l'ensemble du Canada est, lui aussi, demeuré assez stable en général. L'accessibilité des services médicaux et diagnostiques est la seule dimension présentant un écart positif aux trois périodes étudiées, alors que la qualité se situe tout près de la moyenne canadienne, légèrement en recul selon les données les plus récentes. D'autres indicateurs montrent également un rendement inférieur à la moyenne canadienne, dont l'accessibilité des services préventifs (de 3 à 6 % d'écart) et la productivité (de 9 à 12 % d'écart). L'amélioration notée précédemment quant à la productivité ne se traduit donc pas en gain par rapport à l'ensemble du Canada, tout simplement parce que l'amélioration des données de balisage a été d'une amplitude comparable pour l'ensemble du Canada.

RETOUR

Figure 12

DEGRÉ D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC, EN ONTARIO, EN COLOMBIE-BRITANNIQUE ET AU CANADA POUR LA FONCTION DE PRODUCTION

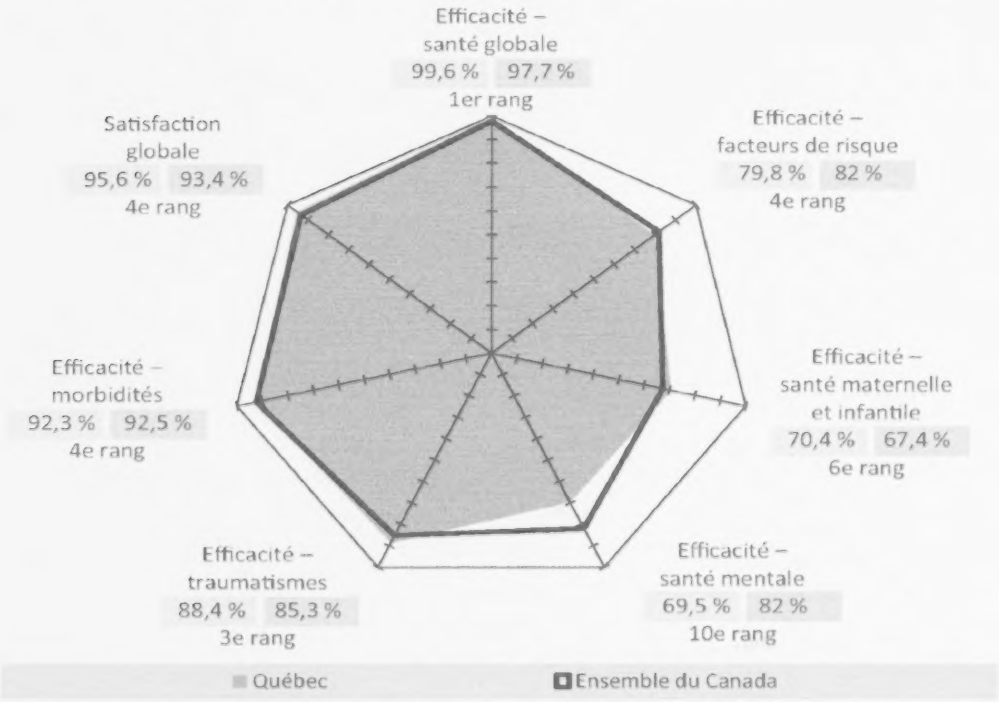


La comparaison des indicateurs de production du système québécois avec ceux de l'Ontario et de la Colombie-Britannique révèle que ces deux dernières provinces obtiennent de meilleurs résultats que le Québec dans chacune des sous-dimensions de la production, sauf pour l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques, dans le cas de l'Ontario. L'écart entre la productivité du Québec et celle de l'Ontario est particulièrement grand. En matière d'accessibilité des services chirurgicaux, les faibles volumes d'arthroplasties de la hanche et du genou expliquent, pour leur part, l'écart considérable entre le Québec et l'Ontario, sans toutefois représenter un enjeu d'accessibilité des services chirurgicaux. En effet, le pourcentage de personnes ayant attendu moins d'un mois pour une chirurgie non urgente au Québec est comparable à celui de l'ensemble du Canada.

L'atteinte des buts

En ce qui concerne l'atteinte des buts, le Québec se classe parmi les quatre meilleures provinces du Canada dans cinq des sept sous-dimensions. À l'exception de l'efficacité en santé mentale, les résultats obtenus par le Québec se trouvent près de ceux de l'ensemble du Canada.

Figure 13
DEGRÉ D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LA FONCTION D'ATTEINTE DES BUTS

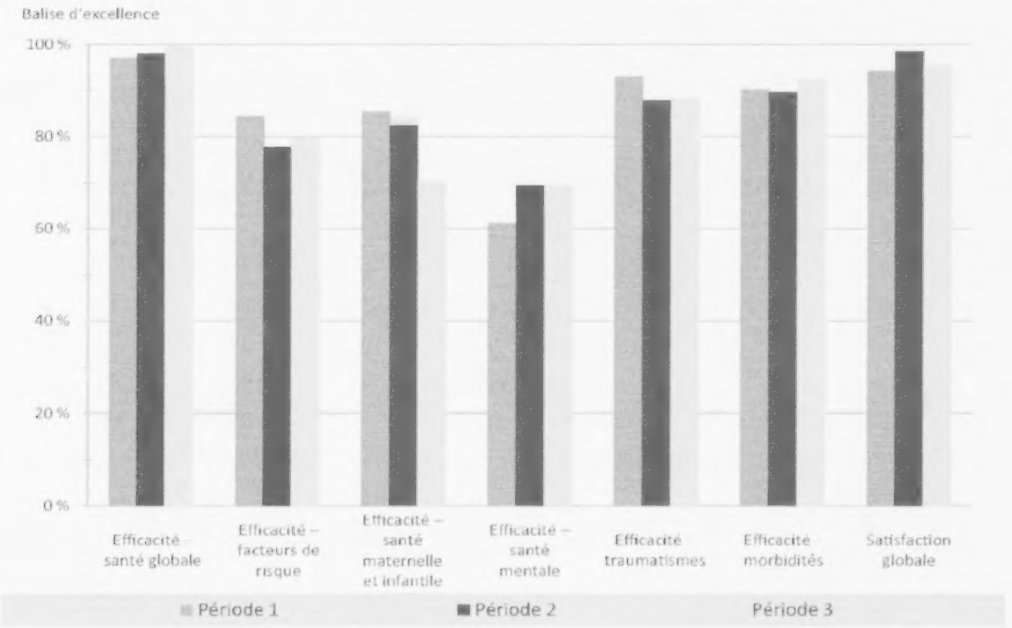


Dans les sous-dimensions de l'efficacité, la performance du Québec en matière de santé globale en fait la balise d'excellence, soit le meilleur résultat au Canada, principalement à cause de ses résultats pour la santé fonctionnelle de sa population (1er rang), la perception de l'état de santé (4e rang) et l'espérance de vie (3e rang). De plus, les résultats en santé maternelle et infantile placent le Québec dans la moyenne canadienne avec seulement un des quatre indicateurs présentant une performance inférieure à celle du reste du Canada. Il s'agit du taux de grossesses chez les adolescentes (6e rang), qui est plus élevé que dans l'ensemble du Canada. En contrepartie, le Québec fait légèrement mieux pour le taux des faibles poids à la naissance (5e rang) et les taux de mortalité infantile (4e rang) et néonatale (4e rang).

Pour la sous-dimension des morbidités, le Québec obtient une position près de celle de l'ensemble du Canada, qui provient en grande partie d'un résultat favorable pour le taux de mortalité par maladies du système circulatoire (1er rang) et d'un résultat moyen pour le taux de mortalité par maladies du système respiratoire (4e rang), malgré un résultat défavorable pour le taux de mortalité par cancer (8e rang). De plus, le Québec a de faibles niveaux d'atteinte de la balise pour la sous-dimension de l'efficacité relative à la santé mentale. Principalement, le Québec présente le taux de suicides le plus élevé (10e rang) et, conséquemment, le plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues par suicide (10e rang). La perception des Québécois de leur santé mentale globale demeure toutefois excellente (1er rang).

Figure 14

ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LA FONCTION D'ATTEINTE DES BUTS

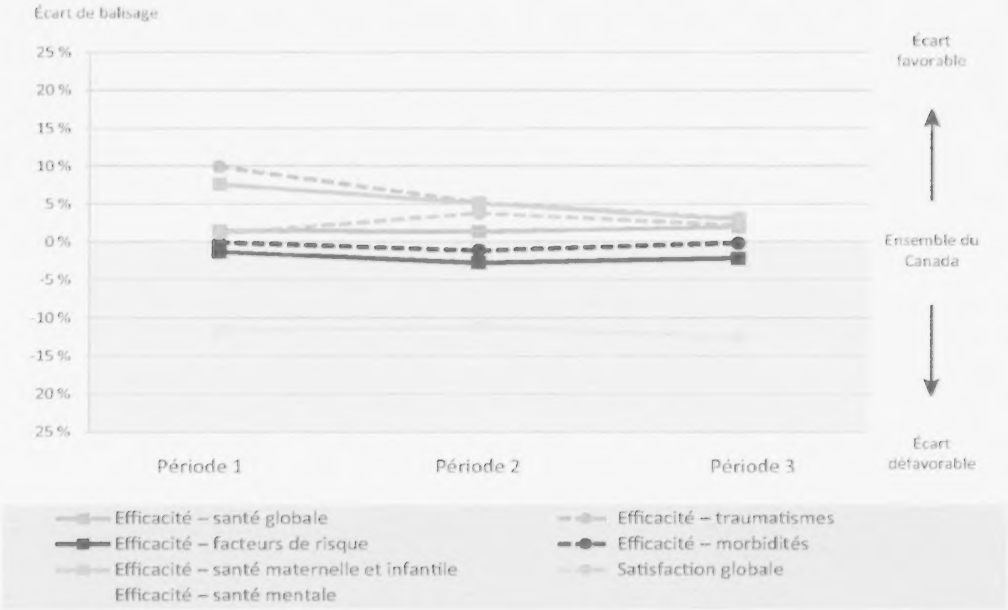


Les résultats observés de 2001 à 2009 montrent que la performance du Québec s'est légèrement améliorée en ce qui concerne l'efficacité relative à la santé globale et aux morbidités, c'est-à-dire les résultats relatifs aux cancers, aux maladies circulatoires et respiratoires. L'amélioration est plus marquée pour la sous-dimension de la santé mentale, dans laquelle le Québec semble gagner du terrain. Toutefois, les sous-dimensions de l'efficacité relative aux facteurs de risque, à la santé maternelle et infantile ainsi qu'aux traumatismes ont des niveaux inférieurs d'atteinte des balises à la fin de la période 3, en 2006, comparativement à ce qui était mesuré en 2002.

RETOUR

Figure 15

ÉVOLUTION DE LA POSITION RELATIVE DU QUÉBEC À L'ÉGARD DE L'ATTEINTE DES BALISES POUR LA FONCTION D'ATTEINTE DES BUTS

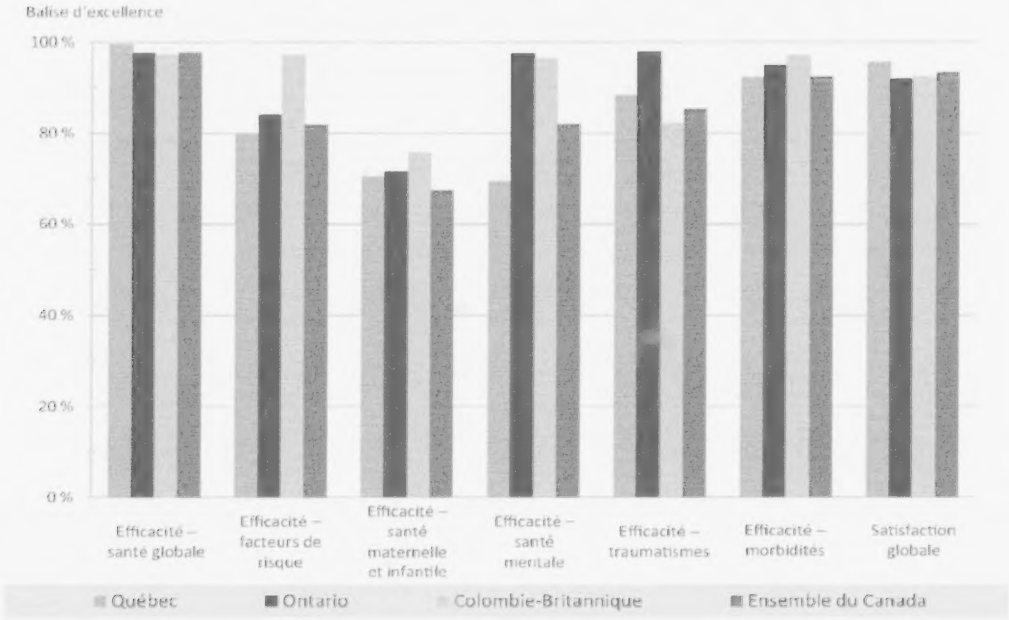


Un regard sur l'évolution temporelle de la performance du Québec en atteinte des buts indique principalement une diminution des niveaux d'atteinte des balises pour les sous-dimensions de l'efficacité relative à la santé maternelle et infantile et aux traumatismes. En effet, en 2002, les niveaux atteints par le Québec se démarquaient favorablement par rapport à ceux de l'ensemble du Canada par presque 10,0 % d'atteinte de la balise pour les traumatismes et 7,6 % pour la santé maternelle et infantile, alors qu'ils oscillaient autour de 3,0 % en 2006.

RETOUR

Figure 16

DEGRÉ D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC, EN ONTARIO, EN COLOMBIE-BRITANNIQUE ET AU CANADA POUR LA FONCTION D'ATTEINTE DES BUTS



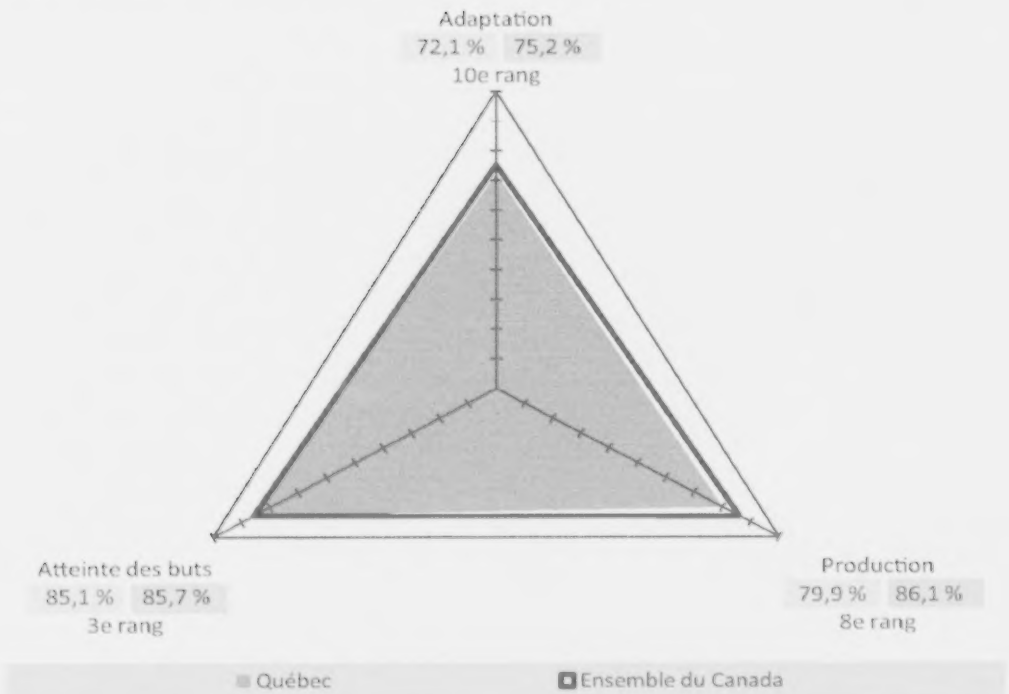
Comparativement aux deux autres provinces retenues, soit l'Ontario et la Colombie-Britannique, le Québec offre une performance supérieure pour les sous-dimensions de l'efficacité en santé globale et de la satisfaction globale. En contrepartie, l'Ontario et la Colombie-Britannique obtiennent un meilleur niveau d'atteinte de la balise pour les facteurs de risque, la santé maternelle, la santé mentale et les morbidités. En regard des traumatismes, le Québec se compare favorablement à la Colombie-Britannique, mais défavorablement par rapport au degré élevé d'atteinte de la balise de l'Ontario.

La performance globale du système de santé et de services sociaux québécois

GLOBALEMENT, LES INDICATEURS MONTRENT UN DEGRÉ D'ATTEINTE DE LA BALISE INFÉRIEUR À CELUI DE L'ENSEMBLE DU CANADA POUR TOUTES LES FONCTIONS. NÉANMOINS, LA PERFORMANCE EN ATTEINTE DES BUTS SE RAPPROCHE GRANDEMENT DE CELLE DE L'ENSEMBLE DU CANADA.

Globalement, les indicateurs utilisés et leur calcul selon la répartition dans le cadre d'appréciation de la performance adopté par le Commissaire montrent un degré d'atteinte de la balise inférieur à celui de l'ensemble du Canada pour toutes les fonctions à l'étude. Néanmoins, la performance en atteinte des buts se rapproche grandement de celle de l'ensemble du Canada, avec un écart défavorable de seulement 0,6 % et un classement avantageux (3e rang). En adaptation (10e rang), l'écart négatif est plus marqué avec un résultat de 3,1 % d'atteinte de la balise plus faible que celui de l'ensemble du Canada. Le plus grand écart défavorable observable pour le Québec se situe à l'égard de sa production (8e rang) : cet écart s'élève à 6,2 %. Finalement, la fonction de maintien et développement n'est pas représentée, car elle ne dispose pas d'indicateurs comparables en quantité suffisante pour l'ensemble des provinces.

Figure 17
DEGRÉ D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC : SYNTHÈSE DES FONCTIONS

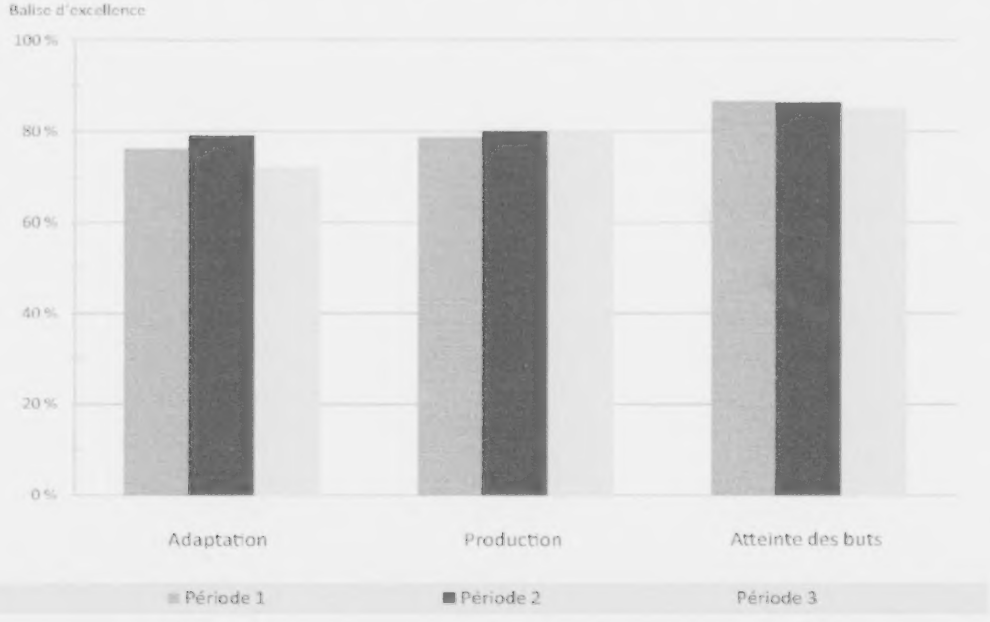


RETOUR

Selon l'évolution temporelle, les niveaux d'atteinte de la balise ont diminué pour le Québec en adaptation et, de manière moins significative, en atteinte des buts. Cela ne signifie pas que l'investissement au Québec a diminué ou que les résultats de santé bruts se sont détériorés. Ces données défavorables pour le Québec sont plutôt la conséquence de l'amélioration des résultats en adaptation pour les autres provinces à un rythme plus rapide que celui observé au Québec. Par ailleurs, le phénomène inverse est constaté en regard de la production de services : en effet, le Québec semble lentement rattraper le retard précédemment mentionné.

Figure 18

ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC : SYNTHÈSE DES FONCTIONS

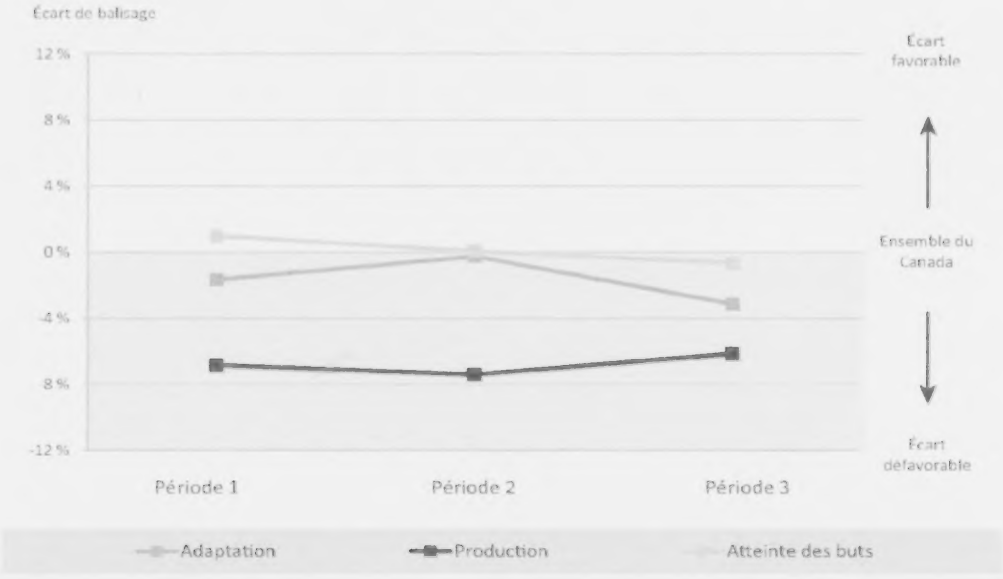


RETOUR

Lorsque les résultats temporels sont ramenés à une comparaison relative à l'ensemble du Canada, les mêmes tendances se remarquent. Ainsi, si l'écart de production se réduit vis-à-vis de l'ensemble canadien, la tendance observée du côté de l'atteinte des buts montre que le Québec est passé d'un écart favorable à un écart défavorable.

Figure 19

ÉVOLUTION DE LA POSITION RELATIVE DU QUÉBEC À L'ÉGARD DE L'ATTEINTE DES BALISES : SYNTHÈSE DES FONCTIONS

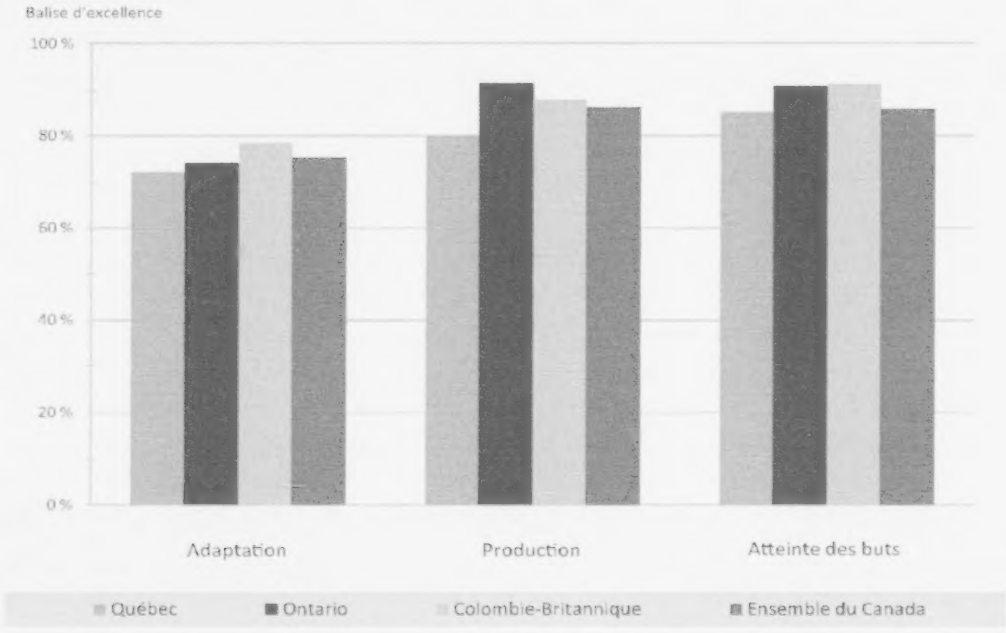


RETOUR

Par rapport à l'Ontario et à la Colombie-Britannique, le Québec atteint des niveaux de performance en deçà des deux autres provinces et de l'ensemble du Canada, et ce, pour chacune des fonctions du cadre d'appréciation. L'écart le plus important se trouve en production : le Québec obtient 11,3 % d'atteinte de la balise de moins que l'Ontario.

Figure 20

DEGRÉ D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC, EN ONTARIO, EN COLOMBIE-BRITANNIQUE ET AU CANADA : SYNTHÈSE DES FONCTIONS



> LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

Les indicateurs utilisés pour mesurer la performance du Québec parmi les provinces canadiennes permettent de situer le Québec dans l'ensemble canadien. L'analyse proposée dans cette section s'applique plutôt à laisser transparaître les caractéristiques propres aux diverses régions du Québec selon les quatre fonctions du cadre d'appréciation de la performance. Pour chacune de ces fonctions, nous avons déterminé ce qui les distingue avant d'effectuer une courte description des résultats. Outre les graphiques, qui appuient visuellement la lecture, nous vous invitons à consulter les tableaux placés à la fin de cette section (tableaux R1 à R4). Dans ces tableaux, les données se démarquant favorablement à plus d'un écart-type de la moyenne des régions se trouvent dans des cases gris pâle et celles présentant un écart défavorable du même ordre, dans des cases gris foncé. Aussi, une analyse plus détaillée des résultats par groupes de régions (régions universitaires, en périphérie des régions universitaires, intermédiaires et éloignées) et par régions est annexée à ce document. Puisque l'ordonnancement des régions est présenté dans l'annexe, nous

RETOUR

n'y faisons pas référence dans la présente section. Les ensembles graphiques complets par régions ainsi que les documents destinés à la compréhension du cadre d'appréciation et de l'analyse qui en est faite sont, quant à eux, disponibles dans le site Internet du Commissaire (www.csbe.gouv.qc.ca). Il est à noter que, parfois, les régions isolées (Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James) ne peuvent bénéficier du même traitement statistique que les quinze autres régions québécoises pour des raisons de disponibilité des données.

L'adaptation

L'analyse de la performance dans une perspective d'adaptation contient des indicateurs se rapportant à l'acquisition de ressources financières (dépenses de santé), humaines (taux de médecins, d'infirmières et d'effectifs du réseau) et d'infrastructures (taux de lits). Nous présentons aussi des indicateurs liés aux innovations technologiques (nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM) et en tomodensitométrie (TDM)), des indicateurs mesurant l'adaptation aux besoins de la population (besoins non satisfaits en matière de santé et indice de réactivité) et d'autres ayant trait à la mobilisation de la communauté (dépenses pour les organismes communautaires et sentiment d'appartenance à la communauté). Finalement, la fonction d'adaptation est complétée par des indicateurs relatifs à l'attraction des clientèles (taux de rétention des hospitalisations et taux de desserte extrarégionale).

ÉTENDUE DES RÉSULTATS PAR SOUS-DIMENSIONS (en pourcentage d'atteinte de la balise)	
Fonction d'adaptation : 54 à 84	
Acquisition de ressources financières	50 à 98
Acquisition de ressources humaines	38 à 88
Acquisition de ressources d'infrastructures	50 à 98
Innovations technologiques	46 à 94
Adaptation aux besoins de la population	85 à 100
Mobilisation de la communauté	43 à 100
Attraction des clientèles	32 à 99

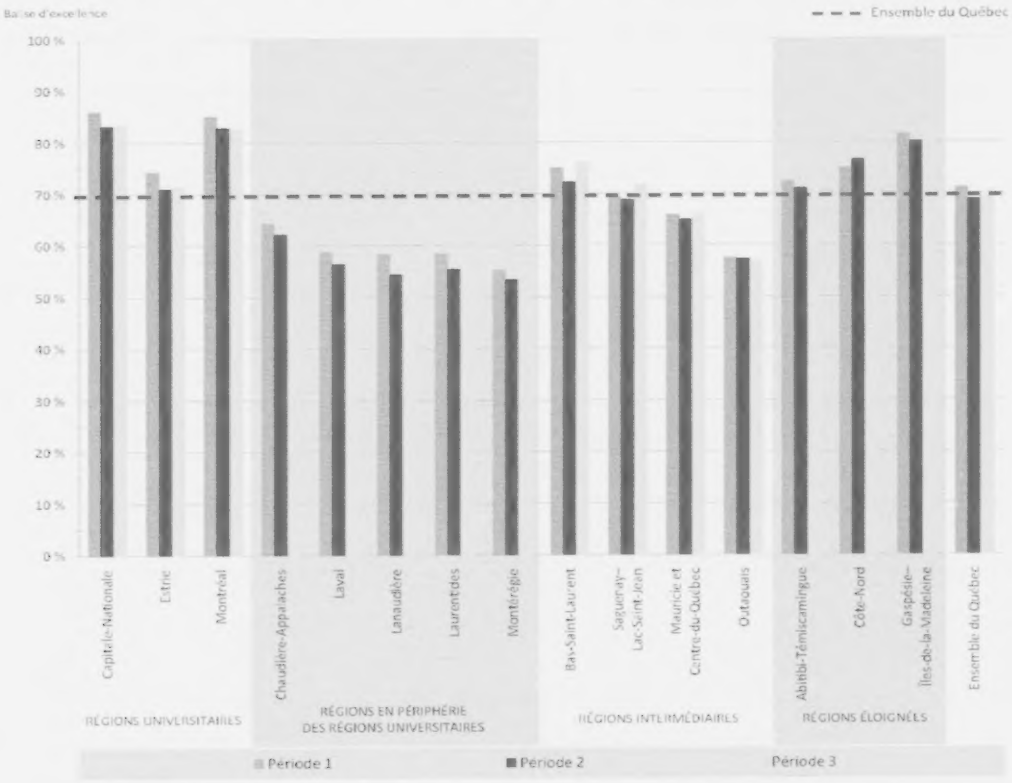
DES NIVEAUX D'ATTEINTE DE LA BALISE SUPÉRIEURS À CEUX DE L'ENSEMBLE DU QUÉBEC SONT CONSTATÉS POUR LES RÉGIONS APPARTENANT AUX GROUPES DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES ET ÉLOIGNÉES.

Pour les niveaux d'atteinte de la balise en adaptation, on observe une plus forte variation parmi les régions du Québec que pour les autres fonctions du cadre d'appréciation avec des résultats variant de 54 à 84 % d'atteinte de la balise. La moyenne du Québec, quant à elle, se situe à 70 % d'atteinte de la balise. Au premier coup d'œil, des niveaux d'atteinte de la balise supérieurs à ceux de l'ensemble du Québec sont constatés pour les régions appartenant aux groupes des régions universitaires et éloignées. Toutefois, les niveaux d'atteinte de la balise des régions en périphérie des régions universitaires présentent des écarts défavorables d'environ 15 % d'atteinte de la balise. Ces variations s'expliquent en bonne partie par des niveaux d'acquisition de ressources financières, humaines et d'infrastructures plus faibles pour les régions en périphérie des régions universitaires. De plus, ces mêmes régions, sauf Chaudière-Appalaches, atteignent des résultats moins élevés que ceux des autres

RETOUR

catégories de régions en ce qui a trait aux sous-dimensions des innovations technologiques, de l'adaptation aux besoins de la population et de la mobilisation de la communauté. Pour les régions éloignées, les niveaux d'atteinte de la balise en adaptation, particulièrement élevés pour la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, sont élevés pour les sous-dimensions liées à la mobilisation de la communauté, à l'adaptation aux besoins de la population et aux innovations technologiques. Pour les régions universitaires, surtout pour la Capitale-Nationale et Montréal, les résultats se situent au-dessus de la moyenne québécoise. Ils sont influencés par une capacité d'attraction et un niveau d'acquisition de ressources et une capacité d'attraction des clientèles parmi les plus marqués au Québec : cela découle en partie de la mission universitaire extrarégionale qui caractérise ces deux régions.

Figure 21
ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC POUR LA FONCTION D'ADAPTATION



SUR UN HORIZON TEMPOREL, LA VARIATION OBSERVÉE ILLUSTRE UNE AUGMENTATION DES RÉSULTATS POUR LA PLUPART DES RÉGIONS INTERMÉDIAIRES ET ÉLOIGNÉES AINSI QU'UNE DIMINUTION DANS LA PLUPART DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES ET DES RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES.

Sur un horizon temporel, la variation observée entre les niveaux d'atteinte de la balise au début de la période 1 (2004-2005) et ceux de la fin de la période 3 (2008-2009) illustre une augmentation des résultats pour la plupart des régions intermédiaires et éloignées ainsi qu'une diminution dans la plupart des régions universitaires et des régions en périphérie des régions universitaires. De 2004-2005 à 2008-2009, les variations défavorables les plus marquées se rattachent aux régions de Lanaudière et des Laurentides, alors que la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean est celle qui a davantage amélioré ses résultats pendant cette période.

La production

La fonction de production, telle qu'elle est définie dans notre cadre d'appréciation, mesure à la fois les volumes de soins et services ainsi que certains aspects liés à l'optimisation des ressources en fonction de l'investissement, à la coordination des soins et services et à la qualité. Six sous-dimensions sont consacrées à l'accessibilité de divers services : services médicaux et diagnostiques (population ayant un médecin de famille, appartenance à un groupe de médecine de famille (GMF), consommation de services médicaux en omnipratique, consommation de services spécialisés et taux d'hospitalisations en soins aigus), services préventifs (vaccination contre l'influenza, mammographie et test de Pap), services d'orientation (taux de réponse et délais à Info-Santé) ou encore services sociaux (taux d'accessibilité globale, nombre d'interventions par usager et délai moyen d'attente en protection de la jeunesse). Notre cadre d'appréciation contient également des indicateurs d'accessibilité pour les services d'urgence (séjours sur civière à l'urgence) et les services chirurgicaux (taux d'utilisation et délais d'attente pour divers types de chirurgie). La fonction de production mesure aussi la qualité (taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires et taux d'événements indésirables) ainsi que la productivité du système (durée moyenne ou médiane de séjour, pertinence dans la gestion de l'occupation des lits et utilisation appropriée de la chirurgie d'un jour).

RETOUR

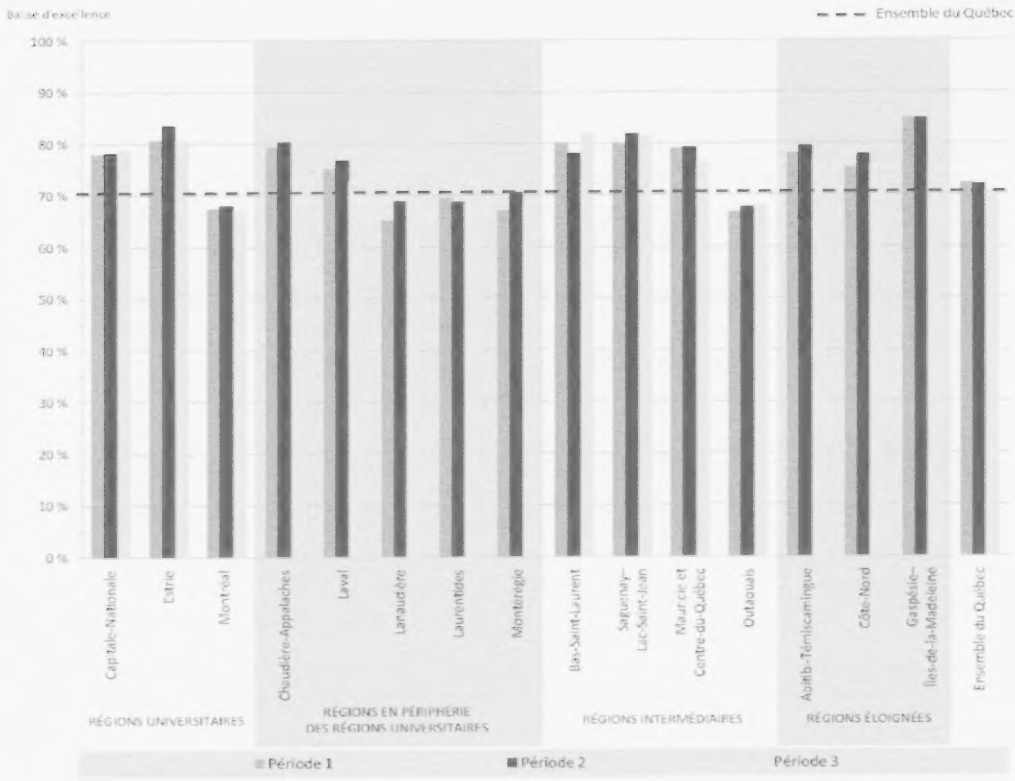
ÉTENDUE DES RÉSULTATS PAR SOUS-DIMENSIONS (en pourcentage d'atteinte de la balise)	
Fonction de production : 67 à 86	
Accessibilité des services médicaux et diagnostiques	62 à 86
Accessibilité des services préventifs	82 à 90
Accessibilité des services d'orientation	77 à 97
Accessibilité des services sociaux	40 à 81
Accessibilité des services d'urgence	26 à 100
Accessibilité des services chirurgicaux	65 à 93
Qualité	60 à 89
Productivité	75 à 92

Les niveaux d'atteinte de la balise en production varient moins que ceux en adaptation, mais tout de même plus que ceux des deux autres fonctions du cadre d'appréciation, avec des résultats se plaçant de 67 à 86% d'atteinte de la balise. L'ensemble du Québec obtient un résultat d'un peu plus de 70% d'atteinte de la balise. En ce qui concerne la répartition des résultats pour chaque région à l'étude, deux des trois régions universitaires se démarquent favorablement par rapport au résultat québécois. Montréal fait exception avec un niveau d'atteinte de la balise moindre que la moyenne québécoise. Les résultats favorables de la Capitale-Nationale s'expliquent par des niveaux d'atteinte de la balise élevés pour l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques, des services préventifs, des services d'orientation, des services sociaux et des services chirurgicaux. Ceux de l'Estrie sont plutôt le reflet des résultats favorables pour les sous-dimensions de l'accessibilité des services préventifs et des services d'urgence, mais surtout pour celles de la qualité et de la productivité. En contrepartie, Montréal présente des résultats en deçà de ceux de l'ensemble du Québec pour la plupart des sous-dimensions, sauf pour l'accessibilité des services sociaux et des services chirurgicaux.

De manière générale, les régions intermédiaires et éloignées s'illustrent avec des résultats favorables, sauf l'Outaouais, qui contraste par rapport à son groupe d'appartenance avec des résultats inférieurs à ceux du Québec, un peu à l'image des régions en périphérie des régions universitaires. La région de Chaudière-Appalaches obtient toutefois un écart favorable, comparativement aux autres régions en périphérie des régions universitaires et à l'ensemble du Québec. Pour le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et Chaudière-Appalaches, les niveaux d'atteinte de la balise en production traduisent des résultats élevés particulièrement en regard des indicateurs traitant de l'accessibilité des services d'urgence et des services chirurgicaux.

Figure 22

ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC POUR LA FONCTION DE PRODUCTION



L'ANALYSE TEMPORELLE EFFECTUÉE POUR LA FONCTION DE PRODUCTION DÉMONTRE UNE PLUS FAIBLE VARIATION DES RÉSULTATS POUR LES RÉGIONS UNIVERSITAIRES ET ÉLOIGNÉES.

L'analyse temporelle effectuée pour la fonction de production démontre une plus faible variation des résultats pour les régions universitaires et éloignées pour les années de données étudiées (de 2005 à 2010 environ). En effet, la variation des résultats entre la période 1 et la période 3 pour ces régions correspond à moins de 1 % d'atteinte de la balise. Pour les régions intermédiaires, les résultats s'améliorent dans le temps, sauf pour la Mauricie et Centre-du-Québec, qui se caractérise plutôt par une variation défavorable. Du côté des régions en périphérie des régions universitaires, le portrait est plutôt hétéroclite en matière de variation. Effectivement, Chaudière-Appalaches, Lanaudière et la Montérégie ont amélioré leurs résultats de 2005 à 2010, alors que Laval et les Laurentides ont varié en sens inverse. Pour Laval, cela signifie que son écart favorable vis-à-vis de la moyenne québécoise a diminué entre la période 1 et la période 3. Quant à la région de Lanaudière, elle a pu réduire son écart défavorable par rapport à la moyenne grâce à l'amélioration de ses niveaux d'atteinte de la balise pendant cette même période.

RETOUR

Le maintien et développement

La fonction de maintien et développement réfère d'abord à la capacité du système à s'organiser et à fonctionner adéquatement et de façon durable. Cette fonction interpelle donc grandement les aspects liés au climat de travail et au bien-être des employés, mais elle implique également que les actions entreprises à l'intérieur des institutions soient cohérentes avec les valeurs sociales. Les indicateurs qui s'y rapportent traitent du climat organisationnel, caractérisé par le statut d'emploi (postes réguliers et postes à temps complet réguliers), la formation, l'utilisation des ressources humaines (temps supplémentaire et recours aux agences privées pour les soins infirmiers), la santé des professionnels (absentéisme) ainsi que par la stabilité du personnel (taux de départ).

Pour la fonction de maintien et développement, les niveaux d'atteinte de la balise vont de 70 à 87 % pour les régions du Québec, alors que le résultat de l'ensemble du Québec est de 77 %. Parmi les trois régions universitaires, la Capitale-Nationale et l'Estrie se démarquent favorablement, tandis que Montréal obtient un résultat inférieur à celui de l'ensemble du Québec, ce qui s'explique en partie par son faible niveau d'atteinte de la balise pour l'utilisation des ressources humaines.

ÉTENDUE DES RÉSULTATS PAR SOUS-DIMENSIONS (en pourcentage d'atteinte de la balise)	
Fonction de maintien et développement : 70 à 87	
Statut d'emploi	87 à 98
Formation	53 à 100
Utilisation des ressources humaines	46 à 98
Santé des professionnels	65 à 100
Stabilité du personnel	66 à 95

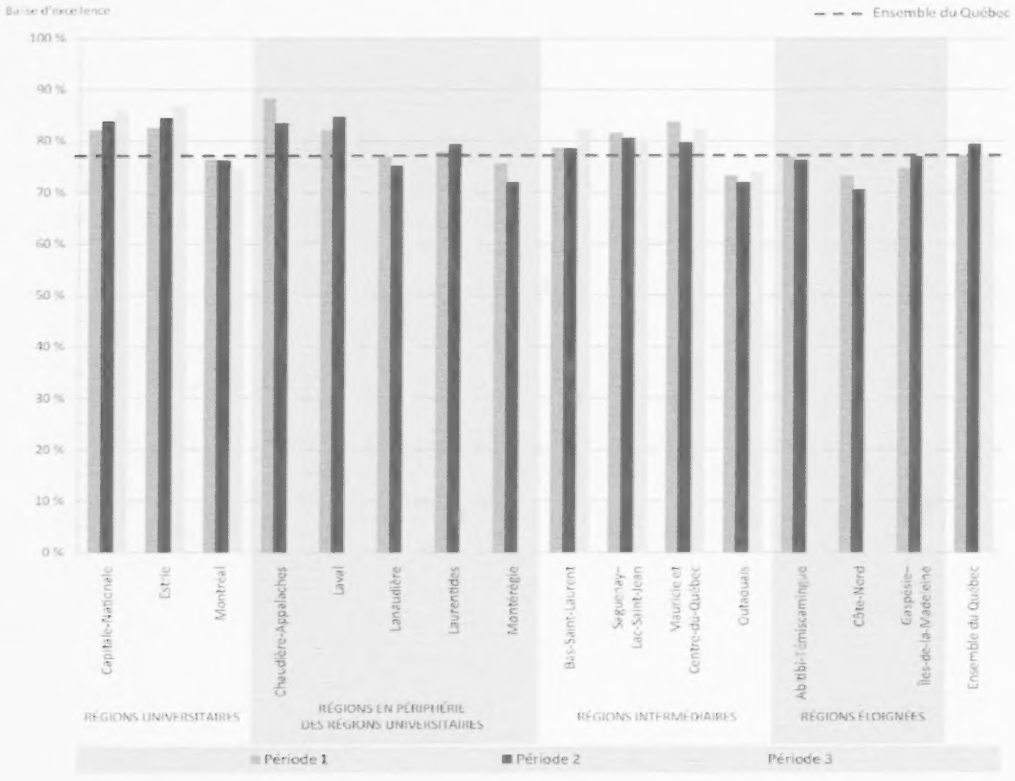
Parmi les régions en périphérie des régions universitaires, ce sont Chaudière-Appalaches et Laval qui se distinguent favorablement. Les régions de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie se trouvent plutôt légèrement sous la moyenne québécoise. Dans le cas de Lanaudière et des Laurentides, ce résultat est lié aux faibles niveaux d'atteinte de la balise pour ce qui est du statut d'emploi, alors que le principal facteur pour expliquer le résultat de la Montérégie concerne la formation.

Du côté des régions intermédiaires, l'Outaouais est la seule région de son groupe à présenter des niveaux d'atteinte de la balise en deçà de ceux du Québec. Si cette région s'illustre quant au statut d'emploi, elle obtient un écart défavorable important en ce qui a trait à l'utilisation des ressources humaines, c'est-à-dire que l'on y trouve un plus grand recours au temps supplémentaire en général et que l'on y fait souvent appel au personnel infirmier des agences privées. Cette caractéristique de l'Outaouais contraste avec la tendance des régions intermédiaires, pour lesquelles des niveaux élevés d'atteinte de la balise sont enregistrés en utilisation des ressources humaines. C'est plutôt pour la sous-dimension de la formation que le Bas-Saint-Laurent et le Saguenay–Lac-Saint-Jean obtiennent leurs niveaux d'atteinte de la balise les plus faibles.

Enfin, pour les régions éloignées, l'Abitibi-Témiscamingue et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine se situent au-dessus du résultat de l'ensemble du Québec, tandis que la Côte-Nord obtient l'écart défavorable le plus élevé pour la fonction de maintien et développement parmi les régions québécoises. Cet écart défavorable s'explique par de faibles niveaux d'atteinte de la balise pour les sous-dimensions se rapportant à l'utilisation des ressources humaines, à la santé des professionnels et à la stabilité du personnel, et ce, malgré un résultat élevé pour le statut d'emploi.

Figure 23

ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC POUR LA FONCTION DE MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT



RETOUR

En ce qui concerne l'analyse temporelle pour le maintien et développement, de 2005-2006 (période 1) à 2008-2009 (période 3), les variations favorables les plus marquées se trouvent du côté des régions éloignées, sauf la Côte-Nord, et des régions universitaires, à l'exception de Montréal. Parmi les régions en périphérie des régions universitaires, la région de Laval est la seule à présenter des niveaux d'atteinte de la balise plus élevés à la fin de la période étudiée qu'au début. De plus, la plus forte variation défavorable à l'échelle du Québec appartient à la région de Chaudière-Appalaches, ce qui correspond à une réduction de l'écart favorable qui la séparait de ses semblables en 2005-2006. Pour ce qui est des régions intermédiaires, le Bas-Saint-Laurent a amélioré ses résultats de 2005-2006 à 2008-2009. En contrepartie, les résultats du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de la Mauricie et Centre-du-Québec ont légèrement diminué pendant cette même période.

L'atteinte des buts

La fonction d'atteinte des buts sert principalement à mesurer l'impact du système sur l'état de santé de la population et la satisfaction des attentes de la population envers les soins et services. Une part des indicateurs choisis pour calculer les niveaux d'atteinte de la balise en atteinte des buts se regroupent en six sous-dimensions mesurant l'efficacité relative à la santé globale (espérance de vie, perception de l'état de santé et santé fonctionnelle), aux facteurs de risque (obésité, tabagisme, alcoolisme, diabète et inactivité physique), à la santé maternelle et infantile (faibles poids à la naissance, mortalité néonatale et infantile), à la santé mentale (perception de l'état de santé mentale, épisodes dépressifs et suicides), aux traumatismes (traumatismes non intentionnels et blessures) et aux morbidités (cancer, maladies du système circulatoire et du système respiratoire). La satisfaction globale (soins hospitaliers, soins en clinique médicale et soins de santé communautaire) fait également l'objet d'une sous-dimension, de même que l'équité (écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour certains indicateurs).

ÉTENDUE DES RÉSULTATS PAR SOUS-DIMENSIONS (en pourcentage d'atteinte de la balise)	
Fonction d'atteinte des buts : 76 à 88	
Efficacité – santé globale	88 à 99
Efficacité – facteurs de risque	74 à 91
Efficacité – santé maternelle et infantile	68 à 90
Efficacité – santé mentale	59 à 95
Efficacité – traumatismes	48 à 90
Efficacité – morbidités	79 à 97
Satisfaction globale	91 à 100
Équité	63 à 98

LA FONCTION D'ATTEINTE DES BUTS EST CELLE QUI PRÉSENTE LES MOINS GRANDES VARIATIONS.

En matière de comparaison des résultats parmi les régions québécoises, la fonction d'atteinte des buts est celle qui présente les moins grandes variations, c'est-à-dire que chacune des régions obtient un résultat de 76 à 88% d'atteinte de la balise. Quant à la moyenne de l'ensemble du Québec, elle se situe à 82% d'atteinte de la balise. Au-dessus de cette moyenne se trouvent les régions universitaires et les régions en périphérie des régions universitaires, à l'exception de l'Estrie et des Laurentides, qui sont néanmoins très près de la moyenne québécoise. Le résultat de Laval, le plus élevé au Québec, s'explique par des niveaux d'atteinte de la balise élevés pour les sous-dimensions de l'efficacité relative à la santé mentale, aux traumatismes et aux morbidités. Pour la région de Chaudière-Appalaches, c'est plutôt en ce qui concerne l'efficacité relative à la santé globale, aux facteurs de risque, à la santé maternelle et infantile et aux morbidités qu'elle se démarque favorablement, sans oublier un niveau élevé de satisfaction globale.

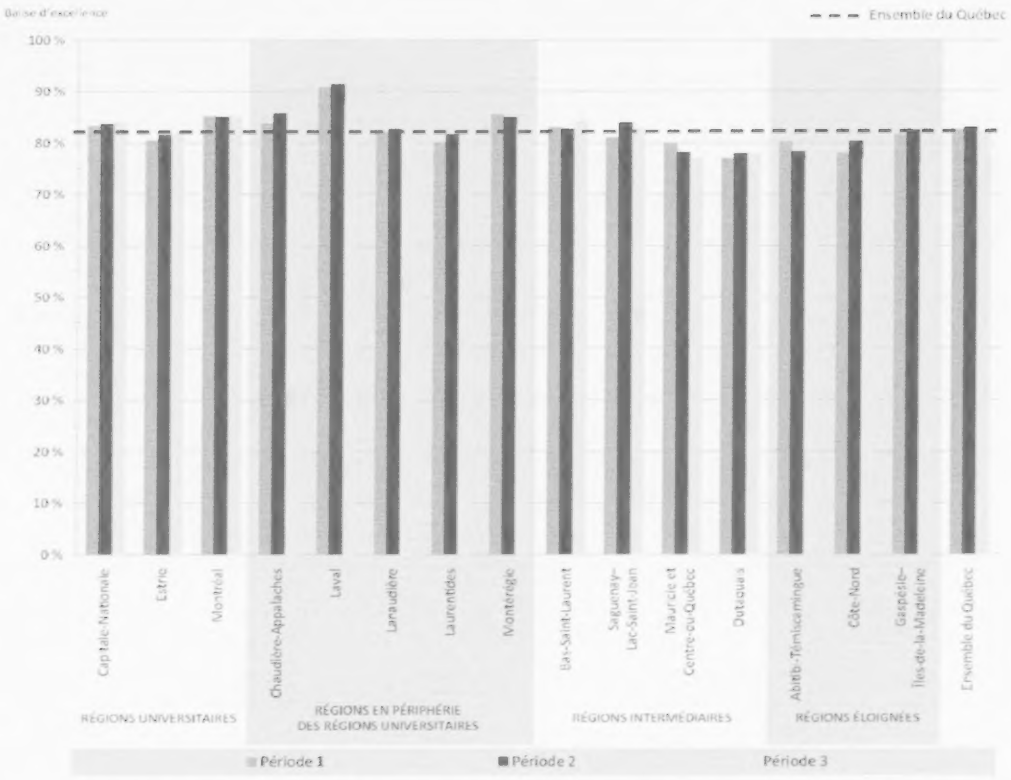
Parmi les régions intermédiaires, des résultats supérieurs à ceux de l'ensemble du Québec sont constatés pour le Bas-Saint-Laurent et le Saguenay–Lac-Saint-Jean. Néanmoins, des résultats inférieurs à la moyenne québécoise caractérisent la Mauricie et Centre-du-Québec et l'Outaouais. Ces deux dernières régions montrent de faibles niveaux d'atteinte de la balise pour la sous-dimension de l'équité. L'atteinte des buts en Outaouais se traduit également par une satisfaction globale peu élevée.

Du côté des régions éloignées sont enregistrés les niveaux d'atteinte de la balise les plus faibles de l'ensemble québécois. En effet, ces régions obtiennent des résultats particulièrement défavorables en ce qui concerne l'efficacité, principalement par rapport aux facteurs de risque, à la santé mentale, aux traumatismes et aux morbidités. Les résultats sont généralement inférieurs à ceux du Québec pour la santé globale, étant donné que l'espérance de vie dans ces régions est moindre que dans l'ensemble du Québec. Les régions éloignées présentent aussi des enjeux quant à la santé maternelle et infantile, à l'exception de l'Abitibi-Témiscamingue, qui a pour cette sous-dimension le résultat le plus élevé parmi les régions québécoises.

RETOUR

Figure 24

ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC POUR LA FONCTION D'ATTEINTE DES BUTS



En matière de variation temporelle, les résultats pour l'atteinte des buts ont varié de manière favorable de 2003 à 2009 pour les régions universitaires et intermédiaires (sauf pour la Mauricie et Centre-du-Québec) et de manière défavorable pour les régions éloignées. Pour les régions en périphérie des régions universitaires, le portrait est plus hétéroclite : une variation favorable est observée pour Chaudière-Appalaches, Lanaudière et les Laurentides, tandis qu'une variation défavorable est notée pour Laval et la Montérégie. C'est d'ailleurs parmi les régions en périphérie des régions universitaires que se trouvent les plus fortes variations temporelles favorables à l'échelle du Québec. À l'inverse, les variations les plus défavorables pendant la période étudiée sont constatées pour les régions éloignées, principalement pour la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et l'Abitibi-Témiscamingue.

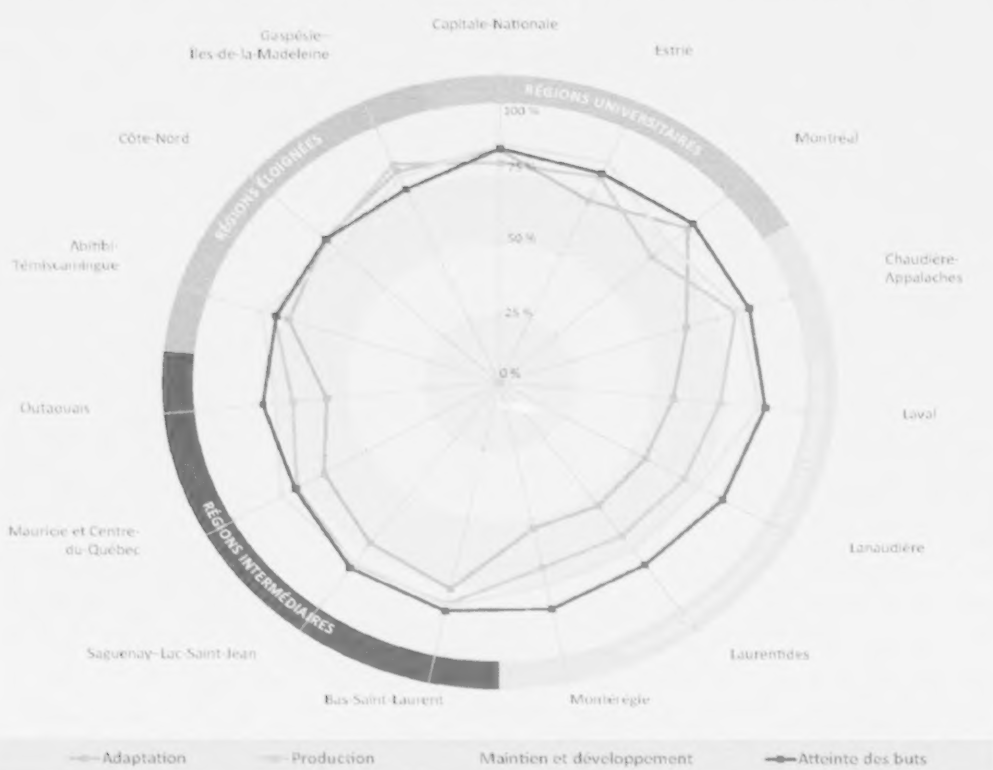
RETOUR

La performance globale des régions du Québec

En résumé, la figure 25 ci-après donne un aperçu des grandes tendances liées aux résultats de balisage pour les quinze régions à l'étude. Parmi ces constats, on remarque encore cette année une plus forte capacité d'adaptation pour les régions qui ont une mission supranationale universitaire ou qui se situent dans un contexte géographique caractérisé par une faible densité de population. En ce qui concerne le maintien et développement, la variation ne permet pas de généraliser à l'échelle du Québec. Néanmoins, un résultat élevé pour cette fonction semble influencer à la hausse les résultats en production, même si les niveaux d'atteinte de la balise en adaptation ne sont pas très élevés. C'est entre autres le cas pour les régions de Chaudière-Appalaches, du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Mauricie et Centre-du-Québec ainsi que de l'Abitibi-Témiscamingue. La situation de Chaudière-Appalaches représente, parmi les régions citées, la plus pertinente en regard de ce constat. De plus, comme l'atteinte des buts varie moins à l'échelle du Québec et est davantage influencée par des facteurs autres que les actions entreprises par le système de santé et de services sociaux, les niveaux d'atteinte de la balise sont plus élevés dans les régions universitaires et les régions en périphérie des régions universitaires.

Figure 25

DEGRÉ D'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC PAR FONCTIONS DE LA PERFORMANCE



RETOUR

Par ailleurs, la relation entre l'adaptation et la production semble assez stable : les résultats en adaptation semblent être corrélés, dans une certaine mesure, à ceux en production (figure 26). Cela est moins vrai pour la région de Montréal, où est constatée une production plus faible malgré une capacité d'adaptation plus élevée.

Figure 26

RÉPARTITION DES PERFORMANCES RÉGIONALES : CORRÉLATION ENTRE LES FONCTIONS D'ADAPTATION ET DE PRODUCTION

À ce propos, la corrélation entre les fonctions de production et d'atteinte des buts (figure 27) illustre une plus grande concentration des résultats autour de la moyenne québécoise. Il est à noter que d'autres facteurs peuvent agir sur l'état de santé de la population. Par exemple, la démographie, la favorisation matérielle et sociale ou encore la proportion de la population issue de l'immigration sont des éléments pouvant influer sur les résultats de santé qui sont mesurés dans l'atteinte des buts. C'est pourquoi la relation semble moins évidente à établir entre l'atteinte des buts et les autres fonctions du cadre d'appréciation.

Figure 27

RÉPARTITION DES PERFORMANCES RÉGIONALES :
CORRÉLATION ENTRE LES FONCTIONS DE PRODUCTION ET D'ATTEINTE DES BUTS

RETOUR

Tableau P1
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL
Adaptation

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	QUÉBEC
Total des dépenses de santé par habitant, en $CAN, 2009	Acquisition de ressources financières	4 891
Dépenses publiques de santé par habitant, en $CAN, 2009		3 491
Total des dépenses de santé, en % du produit intérieur brut (PIB), 2009		12,7
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		79,1 %
Taux de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants, 2008	Acquisition de ressources humaines	1,13
Taux de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants, 2008		1,07
Taux d'infirmières, pour 1 000 habitants, 2008		8,5
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		87,7 %
Nombre d'examens en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants, 2008-2009	Innovations technologiques	128,2
Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants, 2008-2009		37,5
Taux d'appareils en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 000 habitants, 2009		15,7
Taux d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants, 2009		11,0
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		72,3 %
Proportion de la population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé, en %, 2008	Adaptation aux besoins de la population	13,5
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		51,9 %
Proportion des personnes considérant leur sentiment d'appartenance à la communauté locale comme plutôt fort ou très fort, en %, 2009	Mobilisation de la communauté	56,4
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		93,5 %
TOTAL ADAPTATION, en % d'atteinte de la balise		**72,1 %**

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca)

RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
10 sur 10	4 891	6 072	6 072	80,5 %
10 sur 10	3 491	4 491	4 491	77,7 %
5 sur 10	8,2	16,7	16,1	78,9 %
10 sur 10	79,1 %	96,2 %		
4 sur 10	0,86	1,19	1,19	95,0 %
2 sur 10	0,64	1,15	1,15	93,0 %
7 sur 10	6,8	11,3	11,3	75,1 %
3 sur 10	72,0 %	95,7 %		
6 sur 10	103,9	193,3	193,3	66,3 %
5 sur 10	23,0	53,6	53,6	70,0 %
5 sur 10	11,9	25,5	25,5	61,5 %
2 sur 10	4,9	12,0	12,0	91,5 %
4 sur 10	52,8 %	94,5 %		
10 sur 10	7,0	13,5	7,0	51,9 %
10 sur 10	51,9 %	100,0 %		
10 sur 10	56,4	81,1	81,1	69,5 %
10 sur 10	69,5 %	100,0 %		
10 sur 10	**72,1 %**	**90,2 %**		

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

Tableau P2
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL
Production

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	QUÉBEC
Proportion ajustée de la population déclarant avoir un médecin de famille, en %, 2009	Accessibilité des services médicaux et diagnostiques	69,9
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour une visite chez un médecin spécialiste, en %, 2009		56,9
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour des tests diagnostiques, en %, 2009		60,4
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		85,4 %
Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %, 2009	Accessibilité des services préventifs	60,5
Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %, 2008		73,9
Proportion ajustée de femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap, en %, 2005		69,8
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		89,3 %
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour une chirurgie non urgente, en %, 2009	Accessibilité des services chirurgicaux	42,5
Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus, 2008-2009		66,0
Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus, 2008-2009		97,0
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		50,7 %
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, 2008-2009	Qualité	324
Taux de césariennes, en %, 2008-2009		23,1
Proportion de la population jugeant la qualité des soins reçus bonne ou excellente, en %, 2005		85,3
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		49,7 %
Proportion de la population déclarant avoir consulté un médecin dans les 12 derniers mois, en %, 2009	Productivité	77,2
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations de soins aigus, en jours, 2008-2009		8,1
Nombre moyen d'examens réalisés par appareil de tomodensitométrie (TDM), ratio, 2008-2009		8 876
Nombre moyen d'examens réalisés par appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), ratio, 2008-2009		4 010
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		74,7 %
TOTAL PRODUCTION, en % d'atteinte de la balise		**79,9 %**

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

RETOUR

RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
10 sur 10	69,9	92,1	92,1	75,9 %
1 sur 10	35,8	56,9	56,9	100,0 %
3 sur 10	41,3	75,3	75,3	80,2 %
4 sur 10	73,6 %	90,8 %		
9 sur 10	56,9	72,8	72,8	83,1 %
3 sur 10	61,0	74,0	74,0	99,9 %
10 sur 10	69,8	82,2	82,2	84,9 %
9 sur 10	87,9 %	97,7 %		
6 sur 10	32,4	52,2	52,2	81,4 %
10 sur 10	66,0	127,0	127,0	52,0 %
10 sur 10	97,0	199,0	199,0	48,7 %
10 sur 10	80,7 %	95,3 %		
4 sur 10	279	542	279	86,1 %
–	20,2	31,5	–	–
8 sur 10	84,0	91,4	91,4	93,3 %
4 sur 10	74,9 %	96,0 %		
10 sur 10	77,2	82,9	82,9	93,1 %
7 sur 10	6,1	8,8	6,1	75,3 %
7 sur 10	5 965	11 199	11 199	79,3 %
7 sur 10	3 225	7 873	7 873	50,9 %
5 sur 10	70,0 %	94,0 %		
8 sur 10	**77,2 %**	**91,2 %**		

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

RETOUR

Tableau P3
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL
Atteinte des buts

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	QUÉBEC
Espérance de vie à la naissance, en années, 2005-2007	Efficacité – santé globale	80,7
Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé très bonne ou excellente, en %, 2009		61,1
Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine, en %, 2009		85,8
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		99,6 %
Proportion de la population présentant de l'obésité, en %, 2009	Efficacité – facteurs de risque	16,9
Taux de tabagisme, en %, 2009		22,5
Taux de consommation d'alcool, en %, 2009		18,6
Prévalence du diabète, en %, 2009		5,7
Proportion ajustée de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %, 2009		50,0
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		79,8 %
Taux de grossesses chez les adolescentes de 14 à 17 ans, pour 1 000 adolescentes du même âge, 2005	Efficacité – santé maternelle et infantile	19,7
Proportion des naissances de faible poids, en %, 2007		5,7
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes, 2007		4,5
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes, 2007		3,4
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		70,4 %
Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale très bonne ou excellente, en %, 2009	Efficacité – santé mentale	76,8
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants, 2006		13,8
Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2006		463
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		69,5 %

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

RETOUR

RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
3 sur 10	78,3	81,2	81,2	99,4 %
4 sur 10	55,0	61,9	61,4	99,5 %
1 sur 10	77,3	85,8	85,8	100,0 %
1 sur 10	93,3 %	99,6 %		
2 sur 10	13,6	28,5	13,6	80,5 %
7 sur 10	16,0	23,3	16,0	71,1 %
5 sur 10	15,6	25,1	15,6	83,9 %
5 sur 10	4,8	8,1	4,8	84,2 %
8 sur 10	39,7	52,9	39,7	79,4 %
4 sur 10	63,2 %	97,2 %		
6 sur 10	6,3	29,8	12,5	63,5 %
5 sur 10	4,9	6,6	4,9	86,0 %
4 sur 10	3,3	7,5	3,3	73,3 %
4 sur 10	2,0	5,3	2,0	58,8 %
8 sur 10	53,9 %	91,5 %		
1 sur 10	68,1	76,8	76,8	100,0 %
10 sur 10	4,9	13,8	7,7	55,8 %
10 sur 10	136	463	244	52,6 %
10 sur 10	89,5 %	96,7 %		

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

RETOUR

Tableau P3 (suite)
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL
Atteinte des buts

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	QUÉBEC
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants, 2006	Efficacité – traumatismes	23,9
Proportion de la population victime de blessures causant la limitation des activités normales, en %, 2009		13,9
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants, 2008-2009		531
Années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2006		591
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		88,4 %
Taux ajusté d'incidence du cancer, pour 100 000 habitants, 2007	Efficacité – morbidités	407,0
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants, 2007		181,6
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		1 844
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants, 2007		138,6
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		876
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants, 2007		42,4
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		168
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		92,3 %
Proportion de la population très ou assez satisfaite des services de santé fournis, en %, 2005	Satisfaction globale	87,2
Proportion de la population très ou assez satisfaite des soins hospitaliers fournis, en %, 2005		83,5
Proportion de la population très ou assez satisfaite à l'égard des soins reçus en clinique médicale, en %, 2005		91,7
Proportion de la population très ou assez satisfaite des soins de santé communautaire fournis, en %, 2005		86,2
Proportion de la population très ou assez satisfaite des services de lignes d'information téléphonique sur la santé fournis, en %, 2003		84,2
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		86,8 %
TOTAL ATTEINTE DES BUTS, en % d'atteinte de la balise		**85,1 %**

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

RETOUR

RANG**	ÉTENDUE		BALISE ***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
3 sur 10	23,4	35,6	23,4	97,9 %
5 sur 10	11,2	17,3	13,0	93,5 %
3 sur 10	420	805	420	79,1 %
3 sur 10	491	1 015	491	83,1 %
3 sur 10	82,0 %	97,7 %		
6 sur 10	379,7	469,3	379,7	93,3 %
8 sur 10	152,7	195,4	152,7	84,1 %
9 sur 10	1 303	1 872	1 303	70,7 %
1 sur 10	138,6	219,5	138,6	100,0 %
4 sur 10	735	1 265	735	83,9 %
4 sur 10	38,9	59,5	38,9	91,7 %
5 sur 10	146	226	146	87,0 %
4 sur 10	79,5 %	97,2 %		
6 sur 10	83,3	89,3	89,3	97,6 %
6 sur 10	77,5	86,4	86,4	96,6 %
6 sur 10	89,8	94,5	94,5	97,0 %
5 sur 10	76,4	90,5	90,5	95,2 %
5 sur 10	76,9	92,1	92,1	91,4 %
4 sur 10	91,9 %	98,1 %		
3 sur 10	**78,6 %**	**91,2 %**		

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

Tableau P4
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL
Synthèse temporelle

FONCTIONS ET SOUS-DIMENSIONS
Acquisition de ressources financières
Acquisition de ressources humaines
Innovations technologiques
Adaptation aux besoins de la population
Mobilisation de la communauté
Adaptation
Accessibilité des services médicaux et diagnostiques
Accessibilité des services préventifs
Accessibilité des services chirurgicaux
Qualité
Productivité
Production
Efficacité – santé globale
Efficacité – facteurs de risque
Efficacité – santé maternelle et infantile
Efficacité – santé mentale
Efficacité – traumatismes
Efficacité – morbidités
Satisfaction globale
Atteinte des buts

RETOUR

	PÉRIODE 1		PÉRIODE 2		PÉRIODE 3	
	Résultat	Rang	Résultat	Rang	Résultat	Rang
	80,8 %	10	79,7 %	10	79,1 %	10
	91,1 %	3	89,3 %	3	87,7 %	3
	69,2 %	5	76,2 %	2	72,3 %	4
	71,0 %	10	76,4 %	10	51,9 %	10
	69,1 %	10	73,7 %	10	69,5 %	10
	76,2 %	10	79,1 %	8	72,1 %	10
	90,7 %	3	91,9 %	3	85,4 %	4
	87,1 %	9	89,7 %	7	89,3 %	9
	63,7 %	10	53,3 %	10	60,7 %	10
	87,9 %	3	90,2 %	3	89,7 %	4
	64,4 %	9	73,9 %	8	74,7 %	8
	78,8 %	9	79,8 %	9	79,9 %	8
	97,1 %	1	97,9 %	1	99,6 %	1
	84,4 %	5	77,7 %	5	79,8 %	4
	85,5 %	5	82,4 %	5	70,4 %	6
	61,3 %	10	69,4 %	10	69,5 %	10
	93,2 %	2	87,9 %	3	88,4 %	3
	90,3 %	3	89,6 %	5	92,3 %	4
	94,3 %	7	98,5 %	2	95,6 %	4
	86,6 %	4	86,2 %	4	85,1 %	3

Tableau R1
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
Adaptation

INDICATEURS*			ESTRIE	
Dépenses nettes en santé par habitant, en $CAN, 2008-2009	Acquisition de ressources financières	2 880	2 413	3 098
Dépenses publiques de santé par habitant, en $CAN, 2007-2008		4 340	3 694	4 619
Dépenses nettes en santé physique par habitant, en $CAN, 2008-2009		1 136	910	1 210
Dépenses nettes pour le Programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) par habitant de 65 ans et plus, en $CAN, 2008-2009		2 236	2 197	2 638
Dépenses nettes en services sociaux et réadaptation par habitant, en $CAN, 2008-2009		551	412	528
Taux de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants, 2008	Acquisition de ressources humaines	1,28	1,18	1,06
Taux de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants, 2008		1,64	1,35	1,98
Taux des effectifs du réseau (cadres et employés), pour 1 000 habitants, 2008-2009		36,4	31,6	36,6
Taux d'infirmières en équivalent temps complet (ETC), pour 1 000 habitants, 2008-2009		9,02	6,81	7,33
Taux de lits de soins aigus, pour 1 000 habitants, 2008-2009	Acquisition de ressources d'infrastructures	2,5	2,2	2,7
Taux de lits de longue durée, pour 1 000 habitants de 65 ans et plus, 2008-2009		37,7	32,4	46,2
Nombre d'examens en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants, 2008	Innovations technologiques	111,2	98,7	95,2
Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants, 2008		32,5	19,6	22,2

RETOUR

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	OUTAOUAIS	CÔTE-NORD	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NUNAVIK	
	1 820	1 419	1 440	1 434	1 435	2 472	2 243	2 075	1 683	2 435	2 889	2 999	2 220	3 365	11 251	8 482
	2 684	2 164	2 204	2 116	2 198	3 698	3 436	3 027	2 384	3 671	4 004	4 478	3 566	4 501	11 605	9 154
	518	435	410	453	445	803	777	626	562	785	990	967	782	1 306	3 970	3 538
	2 249	1 700	2 158	1 839	2 000	2 593	1 933	2 219	2 049	2 621	2 692	2 537	2 263	3 334	22 933	4 268
	409	338	336	338	305	483	487	445	369	506	538	566	433	284	1 833	1 615
													74,8			
	0,95	0,80	0,77	0,85	0,85	1,34	1,09	0,94	1,06	1,30	1,62	1,85	1,03	2,37	3,44	2,54
	0,68	0,61	0,54	0,48	0,60	0,98	0,81	0,73	0,62	0,92	0,75	1,09	1,09	0,27	0,53	0,13
	23,2	17,7	17,5	17,3	17,4	30,7	29,4	26,0	20,1	30,8	31,3	35,0	26,9	34,8	65,2	63,0
	4,94	3,55	3,48	3,27	3,47	6,63	6,75	5,63	3,84	6,20	6,77	7,48	5,6	8,6	12,5	8,5
													61,6			
	1,3	1,2	1,3	1,3	1,2	2,2	2,8	2,0	1,4	1,9	2,2	2,4	1,9	2,3	-	-
	35,0	26,1	32,8	28,8	28,7	34,6	28,1	32,5	33,1	38,2	37,1	32,6	35,6	29,4	-	-
													73,1			
	125,2	91,0	93,0	112,5	91,5	142,8	135,7	118,0	99,3	125,6	118,2	169,9	105,2	141,9	75,2	79,4
	32,1	24,7	22,6	20,6	21,1	38,1	25,1	24,3	12,4	20,9	33,8	33,3	23,9	27,9	17,5	11,7
													62,3			

RETOUR

Tableau R1 (suite)
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
Adaptation

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSION	RÉGIONS ADMINISTRATIVES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Proportion de la population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé, en %, 2005	Adaptation aux besoins de la population	9,8	10,3	13,4
Indice de réactivité : respect de la dignité, 2006-2007		8,78	8,63	8,39
Indice de réactivité : autonomie et confidentialité, 2006-2007		8,60	8,48	8,17
Indice de réactivité : rapidité de la prise en charge, 2006-2007		7,89	7,72	7,47
Indice de réactivité : accès aux réseaux d'aide sociale, 2006-2007		8,32	8,06	7,80
Indice de réactivité : qualité de l'environnement, 2006-2007		8,42	8,36	8,04
Indice de réactivité : choix du prestataire de soins, 2006-2007		8,55	8,31	8,06
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		94,3	92,6	87,4
Dépenses pour les organismes communautaires par habitant, en $CAN, 2009-2010	Mobilisation de la communauté	56,7	55,9	54,1
Proportion des personnes considérant leur sentiment d'appartenance à la communauté locale plutôt fort ou très fort, en %, 2009		53,8	55,0	56,0
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		54,3	54,9	54,1
Taux de rétention des hospitalisations pondérées, en %, 2008-2009	Attraction des clientèles	97,2	91,9	95,9
Taux de desserte extrarégionale pondérée, en %, 2008-2009		33,0	18,6	37,2
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		94,3	72,3	99,3
TOTAL ADAPTATION, en % d'atteinte de la balise		83,5	71,4	82,8

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles
Valeur se distinguant favorablement de la moyenne
Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

RETOUR

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS MÉTROPOLITAINES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS NORDIQUES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE – ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	8,2	12,9	14,3	12,0	12,4	9,8	13,0	12,8	16,9	14,2	9,3	8,3	12,3	–	–	–
	8,60	8,34	8,54	8,49	8,52	8,70	8,76	8,68	8,35	8,78	8,69	8,98	8,67	–	–	–
	8,48	8,29	8,38	8,27	8,38	8,61	8,63	8,56	8,19	8,68	8,59	8,96	8,38	–	–	–
	7,62	7,37	7,53	7,48	7,57	7,75	7,85	7,79	7,27	7,91	7,77	8,05	7,59	–	–	–
	8,09	7,88	8,07	7,77	7,98	8,22	8,37	8,33	7,79	8,32	8,29	8,76	8,02	–	–	–
	8,43	8,04	8,30	8,11	8,20	8,50	8,47	8,47	8,05	8,62	8,49	8,80	8,18	–	–	–
	8,40	8,13	8,29	8,09	8,21	8,37	8,49	8,35	7,86	8,41	8,30	8,72	8,22	–	–	–
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	90,0			
	51,8	43,6	44,4	39,3	42,3	75,1	77,0	66,6	68,6	87,3	102,5	127,7	55,6	245,2	415,4	–
	61,5	53,5	51,4	46,3	53,7	67,2	63,9	62,4	54,8	72,5	79,8	83,4	56,4	80,3	–	–
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	55,6	[illegible]	[illegible]	
	64,7	45,6	57,2	61,4	65,6	76,0	89,3	76,4	75,2	76,3	60,2	58,2	76,6	48,9	44,1	17,5
	6,9	30,0	8,3	12,2	3,3	6,8	4,0	4,6	2,4	7,3	1,5	1,3	22,0	35,2	0,7	0,9
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	68,9	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	64,3	57,2	55,0	55,0	53,9	76,2	71,8	66,1	56,8	72,6	76,8	82,9	69,5	81,3	70,1	56,1

Tableau R2
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
Production

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSION	CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES		
		CHU NATIONAL	ESTRIE	MONTRÉAL
Proportion de la population déclarant avoir un médecin de famille, en %, 2009	Accessibilité des services médicaux et diagnostiques	78,9	74,3	65,4
Proportion de la population inscrite dans un groupe de médecine de famille (GMF), en %, mars 2010		50,1	39,7	11,8
Indice de consommation de services médicaux en omnipratique, 2009		1,04	0,99	0,91
Indice de consommation de services médicaux spécialisés, 2009		1,14	1,07	1,15
Taux ajusté d'hospitalisations en soins aigus, pour 1 000 habitants, 2008-2009		68	81	61
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la borne		[illegible]	[illegible]	[illegible]
Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %, 2009	Accessibilité des services préventifs	60,0	59,9	55,4
Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %, 2005-2006		70,8	72,7	60,6
Proportion ajustée de femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap, en %, 2005		69,1	69,2	70,5
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la borne		[illegible]	[illegible]	[illegible]
Proportion des appels répondus par Info-Santé, en %, 2009-2010	Accessibilité des services d'orientation	79,0	74,0	71,0
Délais moyens d'attente pour les appels répondus par Info-Santé, en minutes, 2009-2010		3,8	4,0	4,8
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la borne		[illegible]	[illegible]	[illegible]
Taux d'accessibilité globale des services sociaux généraux, pour 1 000 habitants, 2009-2010	Accessibilité des services sociaux	7,4	10,0	7,1
Intensité des services sociaux : nombre d'interventions par usager, 2009-2010		2,4	3,4	4,1
Délai moyen d'attente en évaluation en protection de la jeunesse, en jours, 2009-2010		6,4	26,4	15,0
Délai moyen d'attente en application des mesures de protection de la jeunesse, en jours, 2009-2010		5,6	14,5	7,4
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la borne		[illegible]	[illegible]	[illegible]
Séjour moyen sur civière à l'urgence, en heures, 2009-2010	Accessibilité des services d'urgence	16,1	11,9	20,4
Proportion des séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence, en %, 2009-2010		5,8	2,1	9,9
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la borne		[illegible]	[illegible]	[illegible]

RETOUR

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
83,8	75,0	70,5	71,1	73,9	82,0	87,5	79,2	73,8	63,4	76,8	75,4	73,3	77,0	–	–
40,9	28,8	31,7	25,6	26,3	38,6	31,7	44,9	26,8	39,8	30,6	16,3	28,3	12,7	–	–
1,02	0,95	0,99	0,96	0,97	1,12	1,05	0,93	0,97	1,18	1,54	1,48	1,00	2,78	3,75	3,89
0,97	0,99	0,91	0,86	0,95	0,96	0,87	0,89	0,66	0,92	0,99	1,09	1,00	0,89	1,19	0,98
75	68	73	76	72	79	93	79	71	97	106	114	73	120	277	185
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	71,2	[illegible]	[illegible]	[illegible]
57,5	64,4	63,9	54,9	63,1	62,1	77,1	64,5	65,2	58,5	70,3	52,7	60,5	82,2	–	–
71,5	66,1	63,9	61,7	69,1	67,5	67,9	65,5	51,9	68,5	69,3	70,3	65,8	79,6	54,3	75,4
68,6	71,0	71,5	78,3	68,4	62,8	45,4	56,8	72,3	69,9	65,5	70,6	68,5	70,2	–	–
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	85,5	[illegible]	[illegible]	[illegible]
77,0	79,0	73,0	76,0	77,0	76,0	75,0	80,0	68,0	63,0	74,0	68,0	75,0	–	–	–
3,8	4,0	4,5	4,0	5,1	3,7	3,7	3,4	4,4	4,2	3,2	3,2	4,3			
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	84,1	–	–	–
14,2	5,3	8,9	7,2	5,0	15,2	12,2	8,5	6,5	16,8	23,6	38,9	8,5	34,0	–	–
3,1	3,0	2,8	3,7	4,8	3,7	4,2	3,9	4,1	3,7	3,8	3,6	3,7	3,1	–	–
16,0	10,8	14,0	22,5	19,6	12,8	12,5	11,6	11,5	13,0	20,9	7,8	15,4	–	–	–
14,5	13,3	9,1	11,9	17,8	14,4	19,5	14,8	5,8	9,2	32,7	8,5	12,2	–	–	–
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	46,7	[illegible]	–	–
12,5	18,8	26,6	21,6	21,1	10,9	10,0	14,3	20,5	12,6	14,2	12,1	17,6	–	–	–
0,4	4,5	17,6	11,1	9,5	3,0	0,6	4,2	10,6	2,6	5,6	2,1	7,2	–	–	–
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	46,6			

RETOUR

Tableau R2 (suite)
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
Production

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSION	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants, 2008-2009		68	63	64
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie de la hanche depuis plus de 6 mois, en %, janvier 2010		10,1	10,1	14,1
Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants, 2008-2009		97	90	82
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie du genou depuis plus de 6 mois, en %, janvier 2010	Accessibilité des services chirurgicaux	10,3	28,5	15,6
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie de la cataracte depuis plus de 6 mois, en %, janvier 2010		0,9	5,7	5,9
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie d'un jour depuis plus de 6 mois, en %, janvier 2010		16,5	25,5	24,8
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie avec hospitalisation depuis plus de 6 mois, en %, janvier 2010		18,7	25,3	23,6
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la baise		25,0	19,3	19,4
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, 2008-2009		257	381	274
Taux d'incidence de *C. difficile*, pour 10 000 jours-patients, 2009-2010		8,8	2,8	7,4
Taux ajusté d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit), pour 100 000 habitants, 2008-2009	Qualité	62,7	34,6	109,0
Taux de césariennes, en %, 2008-2009		22,8	18,4	24,0
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la baise		75,0	69,0	64,4
Proportion de la population déclarant avoir consulté un médecin dans les 12 derniers mois, en %, 2009		84,2	77,4	75,4
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations de soins aigus (ajustée), en jours, 2008-2009		6,4	5,9	7,2
Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour accident vasculaire cérébral (AVC), en jours, 2008-2009		7,5	4,7	11,8
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations pour hystérectomie, en jours, 2008-2009	Productivité	2,6	2,8	3,7
Proportion d'occupation des lits de courte durée pour des soins de longue durée, en % des jours d'occupation, 2008-2009		7,8	1,7	5,1
Proportion des usagers hospitalisés qui auraient pu être traités en chirurgie d'un jour, en %, 2008-2009		15,3	15,0	14,2
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la baise		62,5	62,4	71,1
TOTAL PRODUCTION, en % d'atteinte de la baise		78,8	80,6	67,2

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(.) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

RETOUR

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	78	53	67	62	69	72	70	60	76	62	77	50	66	–	–	–
	1,7	39,0	14,6	2,9	17,9	0,0	5,4	23,9	0,0	4,0	31,2	0,0	15,4	–	–	–
	120	75	94	80	103	115	138	105	118	85	134	132	97,0	–	–	–
	2,5	36,6	13,7	15,2	19,5	3,8	0,0	28,6	0,0	7,7	20,2	0,0	16,7	–	–	–
	0,2	2,2	0,6	42,1	5,6	0,0	0,9	5,8	12,7	5,1	4,1	20,9	8,1	–	–	–
	24,7	43,9	37,8	31,3	36,4	18,0	11,1	25,9	53,8	28,6	68,1	44,3	30,6	25,7	–	–
	13,3	44,5	28,8	21,0	24,6	11,4	20,5	19,0	41,3	26,9	94,7	18,6	28,6	0,0	–	–
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	79,4	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	277	251	333	342	322	315	485	335	375	498	556	621	324	–	–	–
	7,2	2,8	3,4	6,5	5,6	5,9	2,2	7,5	7,7	6,4	3,3	2,8	6,3	–	–	–
	51,7	115,3	66,0	66,2	76,1	55,0	97,3	71,6	88,4	64,0	60,8	62,0	81	73	296	195
	25,1	24,8	19,4	22,9	23,1	24,1	22,0	21,0	27,0	22,5	20,6	26,7	23,1	–	–	–
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	68,9	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	77,5	76,8	78,3	72,5	78,8	76,2	80,5	75,6	74,4	72,9	77,9	75,5	77,2	75,6	–	–
	5,6	6,6	6,0	6,2	6,3	5,9	6,5	5,7	6,8	5,9	6,1	5,6	6,3	5,5	6,1	6,7
	7,7	8,1	9,7	6,6	9,7	5,4	6,2	5,7	9,9	3,5	4,9	3,3	7,2	3,4	3,4	9,0
	2,5	2,4	2,2	2,3	2,8	2,6	3,0	2,5	2,4	2,0	2,3	2,2	3,0	1,6	1,9	1,7
	1,2	5,7	9,5	6,7	8,6	6,2	5,4	3,9	8,9	11,6	17,8	4,6	6,2	17,6	0,0	0,0
	16,8	16,9	18,7	20,7	17,8	16,9	20,0	15,6	16,8	19,2	17,2	20,8	16,7	22,4	28,4	12,6
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	81,8	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	81,2	72,6	69,8	68,4	68,3	81,8	81,2	76,4	68,0	77,6	76,0	85,6	70,5	83,7	71,0	78,8

RETOUR

Tableau R3

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Maintien et développement

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Proportion des employés occupant des postes réguliers, en %, 2008-2009	Statut d'emploi	73,0	73,7	74,8
Proportion des employés occupant des postes réguliers à temps complet, par rapport au total des employés occupant des postes réguliers, en %, 2008-2009		68,9	66,3	66,7
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		[illegible]	[illegible]	[illegible]
Proportion des heures travaillées consacrées à la formation, en %, 2008-2009	Formation	1,6	1,2	1,1
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		[illegible]	[illegible]	[illegible]
Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire pour l'ensemble du réseau, en %, 2008-2009	Utilisation des ressources humaines	2,5	2,6	3,4
Proportion des heures travaillées par le personnel en soins infirmiers en temps supplémentaire et par le personnel des agences privées, en %, 2008-2009		5,5	4,5	13,4
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		[illegible]	[illegible]	[illegible]
Proportion de l'absentéisme par rapport aux heures travaillées : assurance salaire, en %, 2008-2009	Santé des professionnels	5,5	5,4	5,0
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		[illegible]	[illegible]	[illegible]
Taux de départ des effectifs en emploi en début d'année, en % du total des effectifs, 2008-2009	Stabilité du personnel	9,3	8,2	10,4
Taux de départ des effectifs embauchés en cours d'année, en % du total des effectifs embauchés dans la même période, 2008-2009		24,3	17,8	25,5
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		[illegible]	[illegible]	[illegible]
TOTAL MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT, en % d'atteinte de la balise		85,6	86,6	74,6

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

RETOUR

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS NORDIQUES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	OUTAOUAIS	ÎLES-DE-LA-MADELEINE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	71,0	73,6	71,7	69,9	72,6	76,1	73,2	72,9	75,7	71,7	76,1	78,4	73,1	69,4	28,3	34,5
	61,7	65,4	60,3	59,5	62,2	61,1	61,6	64,7	70,8	65,6	68,9	59,7	65,3	77,3	87,9	91,7
													92,7			
	1,1	1,9	1,2	1,6	1,0	1,1	1,0	1,3	1,1	1,6	1,3	1,5	1,2	1,7	0,4	0,5
													67,1			
	2,5	2,6	3,0	3,3	3,0	2,3	2,3	2,8	3,9	3,0	3,9	3,4	3,0	3,2	6,0	3,7
	4,3	10,0	8,9	8,6	7,6	3,8	3,6	5,0	10,6	5,7	7,9	6,0	8,8	11,0	6,6	5,7
													57,7			
	5,5	5,3	6,3	6,7	5,5	5,5	6,0	5,7	5,8	5,3	7,8	5,8	5,5	7,8	6,3	5,2
													91,9			
	8,5	8,7	7,6	9,9	9,3	9,3	9,1	8,3	9,5	9,4	9,6	7,3	9,5	9,4	22,7	3,6
	20,0	24,6	23,2	25,5	25,3	26,9	24,7	24,2	23,4	33,4	31,8	29,4	24,5	12,7	16,4	5,5
													75,1			
	82,8	85,5	75,4	74,9	74,9	82,4	80,3	82,2	73,8	81,6	70,2	80,3	76,9	78,4	56,4	72,0

RETOUR

Tableau R4

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
Atteinte des buts

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Espérance de vie à la naissance, en années, 2003-2007	Efficacité – santé globale	80,8	80,6	80,6
Espérance de vie à 65 ans, en années, 2003-2007		19,8	19,8	19,7
Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé comme très bonne ou excellente, en %, 2009		65,4	62,1	61,6
Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine, en %, 2009		89,6	84,3	83,3
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		99,3	98,3	95,9
Proportion de la population présentant de l'obésité, en %, 2009	Efficacité – facteurs de risque	15,0	13,1	16,4
Taux de tabagisme, en %, 2009		20,8	29,6	19,2
Taux de consommation d'alcool, en %, 2009		23,2	17,6	16,7
Prévalence du diabète, en %, 2009		5,7	4,3	5,8
Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %, 2009		45,7	46,0	50,4
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		[illegible]	[illegible]	[illegible]
Taux de grossesses chez les adolescentes de 17 ans et moins, pour 1 000 adolescentes de 14 à 17 ans, 2003-2007	Efficacité – santé maternelle et infantile	9,8	14,1	19,4
Proportion des naissances de faible poids, en %, 2003-2007		5,4	5,8	6,0
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes, 2003-2007		5,1	4,4	4,6
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes, 2003-2007		4,2	3,4	3,7
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		81,3	[illegible]	[illegible]
Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale comme très bonne ou excellente, en %, 2009	Efficacité – santé mentale	82,0	77,1	78,0
Proportion de la population ayant vécu un épisode dépressif majeur, en %, 2005		4,4	4,2	5,5
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants, 2005-2007		16,8	17,8	11,2
Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2005-2007		552	595	344
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		[illegible]	[illegible]	[illegible]
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants, 2003-2007	Efficacité – traumatismes	24,5	30,3	22,5
Proportion de la population victime de blessures causant la limitation des activités normales, en %, 2009		14,9	16,5	12,0
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants, 2008-2009		526	680	414
Années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2003-2007		477	675	367
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		[illegible]	[illegible]	[illegible]

RETOUR

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	80,9	81,4	79,9	79,8	80,4	80,3	79,6	80,0	79,3	79,2	79,2	78,7	80,3	80,4	65,4	76,7
	20,0	20,1	19,1	18,9	19,3	19,8	19,2	19,6	18,6	18,8	19,0	19,0	19,5	20,1	12,0	17,7
	64,3	54,4	64,4	65,9	61,0	56,7	56,3	59,9	59,5	43,9	62,4	52,8	61,1	59,4	–	–
	87,7	82,6	87,0	88,5	86,9	85,8	85,7	87,2	83,5	83,8	88,1	86,4	85,8	91,2	–	–
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	96,0	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	16,4	18,8	17,6	15,8	16,2	18,2	12,1	20,1	22,1	23,0	21,3	20,0	16,9	19,8	–	–
	19,2	25,8	20,8	23,2	23,8	20,4	22,9	22,2	27,4	30,4	31,5	29,5	22,5	32,9		
	20,8	16,2	14,7	16,9	19,9	17,6	27,3	17,4	18,6	20,2	19,5	17,1	18,6	22,4	–	–
	4,1	5,8	4,8	5,1	5,0	7,8	6,7	8,7	7,2	6,0	6,1	7,6	5,7	4,3	–	–
	48,1	52,2	53,6	56,3	49,1	51,9	49,0	49,4	48,5	50,9	53,4	48,8	50,0	38,7	–	–
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	84,9	[illegible]	–	–
	6,9	13,1	15,2	14,2	12,7	5,4	9,8	13,1	16,0	12,3	22,2	9,8	14,2	13,9	83,5	65,7
	5,1	5,9	6,1	5,5	5,7	5,6	5,2	5,6	5,6	6,5	5,6	6,7	5,7	6,1	5,7	3,7
	4,6	5,1	4,1	4,5	4,1	4,6	5,1	5,4	4,7	3,4	5,1	5,9	4,7	–	18,8	11,4
	3,7	4,2	3,3	3,6	3,3	3,8	3,9	4,0	3,6	2,7	3,9	4,5	3,7	–	9,8	6,7
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	75,9	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	73,8	77,5	79,7	80,5	73,2	75,4	72,1	76,5	76,2	67,6	79,4	75,1	76,8	77,3	–	–
	3,8	4,3	5,1	5,0	3,6	3,6	3,8	4,9	6,8	5,7	7,2	4,6	4,7	–	–	–
	19,1	10,7	16,1	15,9	13,7	23,4	17,7	20,5	15,5	22,5	19,7	24,3	15,3	14,1	90,8	18,5
	580	309	518	492	458	778	588	703	485	757	666	826	495	455	4390	991
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	75,7	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	35,2	18,9	30,5	26,3	27,4	35,2	38,0	33,0	26,9	42,4	37,1	45,7	27,9	35,6	154,1	57,3
	11,1	18,7	10,2	15,4	15,1	11,0	12,6	15,5	15,9	16,1	12,7	13,7	13,9	15,4	–	–
	549	460	509	624	519	610	696	632	472	830	691	720	531	–	–	–
	754	327	699	577	567	830	842	744	551	943	856	1122	571	854	3940	1352
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	69,1	[illegible]	[illegible]	[illegible]

RETOUR

Tableau R4 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Atteinte des buts

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	RÉGIONS UNIVERSITAIRES – CAPITALE-NATIONALE	RÉGIONS UNIVERSITAIRES – ESTRIE	RÉGIONS UNIVERSITAIRES – MONTRÉAL
Taux ajusté d'incidence du cancer, pour 100 000 habitants, 2006	Efficacité – morbidités	529	501	491
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants, 2003-2007	Efficacité – morbidités	238	235	233
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2003-2007	Efficacité – morbidités	1 739	1 785	1 747
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants, 2003-2007	Efficacité – morbidités	197	201	211
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2003-2007	Efficacité – morbidités	750	748	886
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants, 2003-2007	Efficacité – morbidités	67	60	62
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2003-2007	Efficacité – morbidités	168	144	185
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		89,5	93,1	87,6
Proportion de la population très ou assez satisfaite des soins hospitaliers fournis, en %, 2006-2007	Satisfaction globale	95,1	91,9	88,0
Proportion de la population très ou assez satisfaite à l'égard des soins reçus en clinique médicale, en %, 2006-2007	Satisfaction globale	96,8	96,2	91,1
Proportion de la population très ou assez satisfaite des soins de santé communautaire fournis, en %, 2006-2007	Satisfaction globale	95,3	95,5	93,1
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		[illegible]	[illegible]	[illegible]
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le faible poids à la naissance, ratio, 2003-2007	Équité	1,30	1,20	1,24
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour la mortalité infantile, ratio, 2003-2007	Équité	0,84	1,31	1,37
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour les années potentielles de vie perdues, ratio, 2003-2007	Équité	1,71	1,33	1,58
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le taux ajusté de mortalité évitable, ratio, 2003-2007	Équité	1,61	1,33	1,48
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour l'espérance de vie à 65 ans, en années, 2003-2007	Équité	2,11	1,88	0,78
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		67,9	63,5	68,1
TOTAL ATTEINTE DES BUTS, en % d'atteinte de la balise		83,9	82,1	85,2

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca)

(—) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

RETOUR

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	506	513	540	549	511	500	551	505	461	488	564	566	510	554	675	387
	229	231	260	256	243	238	260	241	251	239	270	277	241,4	256,8	456,5	210,7
	1 708	1 663	1 969	2 024	1 828	1 820	1 977	1 898	1 875	1 923	1 947	2 255	1 827	1 878	3 661	1 096
	189	180	198	214	216	203	191	207	218	219	185	217	205	190	254	226
	664	735	816	788	828	775	836	882	940	793	971	879	823	989	1 433	1 025
	67	55	73	67	64	76	68	71	66	75	78	64	65	84	319	146
	162	146	185	167	162	194	202	193	188	225	202	198	177	208	1 265	482
	85,6	86,8	80,3	84,6	87,7	85,1	83,0	84,1	84,7	87,8	79,6	79,1	87,1	79,7	84,2	73,1
	94,4	91,0	85,9	85,6	89,4	93,3	92,3	90,3	82,1	91,0	89,3	96,2	89,7	–	–	–
	96,0	93,6	95,5	92,5	94,8	96,3	96,9	96,1	91,1	97,3	96,2	98,3	94,1	–	–	–
	97,6	94,3	96,1	95,5	96,2	96,4	97,2	96,4	92,7	96,9	96,0	96,2	95,1	–	–	–
	98,6	95,5	96,0	98,6	98,0	97,2	96,0	96,8	97,0	97,6	96,4	98,6	95,5	–	–	–
	1,18	1,11	1,22	1,19	1,29	0,99	1,22	1,20	1,44	0,93	1,23	0,92	1,23	–	–	–
	0,87	1,33	0,58	1,06	1,37	0,85	1,05	2,00	1,15	1,21	1,82	2,16	1,21	–	–	–
	1,56	1,32	1,57	1,67	1,67	1,50	1,40	1,56	1,70	1,35	1,56	1,14	1,57	–	–	–
	1,26	1,16	1,31	1,39	1,46	1,13	1,14	1,14	1,69	1,13	1,25	1,09	1,38	–	–	–
	0,72	0,78	0,40	1,44	0,81	0,33	0,05	2,90	1,12	2,48	0,03	1,38	0,64	–	–	–
	80,2	76,3	76,6	80,2	67,0	[illegible]	81,1	83,9	83,1	75,2	80,0	72,8	73,6	–	–	–
	85,9	87,5	84,4	81,3	83,5	84,3	82,8	77,1	77,9	76,8	76,7	75,8	82,2	77,5	34,1	56,7

RETOUR

RETOUR

RETOUR

> L'analyse des indicateurs relatifs à la période prénatale, à l'accouchement et à la petite enfance

DANS LE CADRE DU THÈME RETENU CETTE ANNÉE POUR LE RAPPORT D'APPRÉCIATION, SOIT LA PÉRINATALITÉ ET LA PETITE ENFANCE, LA DÉMARCHE PERMETTANT DE PRÉSENTER LES DONNÉES DE CETTE SECTION A NÉCESSITÉ UNE RECHERCHE QUELQUE PEU DIFFÉRENTE DES ANNÉES ANTÉRIEURES. NON SEULEMENT LES INDICATEURS RELATIFS À LA PÉRINATALITÉ ET À LA PETITE ENFANCE NE SONT PAS TOUJOURS NOMBREUX POUR COUVRIR CHACUN DES ASPECTS SOUHAITÉS, MAIS L'ASSEMBLAGE DE CES INDICATEURS DANS UN MODÈLE POSE AUSSI DES DÉFIS. EN COLLABORATION AVEC L'INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (IRSPUM), LE COMMISSAIRE A NÉANMOINS PU RÉCOLTER UN ENSEMBLE D'INDICATEURS LUI PERMETTANT DE REGROUPER DES INFORMATIONS UTILES À LA RÉFLEXION SUR LES ENJEUX LIÉS À LA PÉRINATALITÉ ET À LA

RETOUR

PETITE ENFANCE. CES INDICATEURS SERONT TRAITÉS DANS CETTE SECTION DE MANIÈRE PRINCIPALEMENT DESCRIPTIVE ET LES RÉSULTATS SIGNIFICATIFS SERONT MIS EN ÉVIDENCE. TOUTES LES DONNÉES PRÉSENTÉES FIGURENT ÉGALEMENT DANS LES TABLEAUX DE BALISAGE ET DE DONNÉES COMPARATIVES, QUI SE TROUVENT À LA FIN DE CETTE SECTION.

> DES COMPARAISONS INTERNATIONALES

Afin de situer la performance du Canada dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance, nous présenterons d'abord des informations d'ordre contextuel au moyen de plusieurs indicateurs au niveau international (tableau 11). La comparaison à cet égard est réalisée en regard de 19 autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Ces 19 pays sont considérés comme les plus similaires au Canada selon le niveau de vie de la population et sont généralement perçus sur la scène internationale comme les plus performants en matière de système de santé[2]. Au Canada, le taux de natalité pour 1 000 habitants[3] est de 10,9, alors que les taux internationaux vont de 8,3 à 15,1. La moyenne canadienne de l'indice synthétique de fécondité[4] (1,7) se situe dans une étendue de données allant de 1,3 à 2,2. Enfin, la proportion de la population âgée de 0 à 14 ans par rapport à la population totale est de 16,4 %, tandis que les données varient de 13,2 à 20,9 %.

Pour la première catégorie d'indicateurs, c'est-à-dire la période prénatale, relativement au suivi de grossesse, le taux d'obstétriciens-gynécologues pour 1 000 naissances vivantes se situe à 6,1, ce qui place le Canada au 12e rang sur 14 pays. De plus, le Canada présente un

2. Les 19 pays membres de l'OCDE selon lesquels pour la comparaison du Canada à l'échelle internationale sont les suivants : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Japon, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse. Selon l'indicateur selectionné, ces pays ne présentent pas tous des données, ce qui explique que le Canada est comparé à un nombre variable de pays.

3. Le taux de natalité pour 1 000 habitants correspond au nombre de naissances vivantes par rapport à la population moyenne pendant une même année.

4. L'indice synthétique de fécondité représente une estimation du nombre moyen de naissances vivantes qu'une femme peut s'attendre à avoir au cours de sa vie, selon les taux de fécondité par âge (TFA) d'une année donnée. L'indice synthétique de fécondité (IF) est égal à la somme des taux de fécondité par année d'âge.

taux de 1,9 sage-femme pour 1 000 naissances vivantes, ce qui correspond à seulement 3,3 % d'atteinte de la balise. Ce faible pourcentage s'explique par le taux élevé de la Finlande, qui équivaut à 58,4 sages-femmes pour 1 000 naissances vivantes. Il est à noter que seulement 7 pays compilent des données pour cet indicateur et que l'intégration des sages-femmes dans les systèmes de santé des provinces canadiennes est récente. L'indicateur de la durée moyenne de séjour pour des complications liées à la grossesse, quant à lui, montre que la moyenne du Canada, de 2,9 jours, le place au 4e rang sur 17 pays, avec un pourcentage d'atteinte de la balise de 82,8 %.

En ce qui concerne les indicateurs regroupés dans la deuxième catégorie, l'accouchement, le taux de césariennes au Canada se chiffre à 26,6 %. Bien que les taux s'étendent de 14,0 à 39,8 % parmi les pays sélectionnés, l'Organisation mondiale de la santé stipule que l'utilisation de cette méthode devrait se situer à un taux national de moins de 15 % (OMS, 2006). Pour cet indicateur, la situation est décrite plutôt que commentée en fonction de la performance, ce qui se traduit par l'absence de rangs et de données de balisage. Par ailleurs, l'indicateur de la durée moyenne de séjour des hospitalisations pour des complications liées au travail et à l'accouchement situe le Canada en position favorable : la durée moyenne est de 2,4 jours, alors que les données s'étendent de 2,2 à 6,7 jours. Le pourcentage d'atteinte de la balise de 91,7 % et le 2e rang du Canada représentent une bonne performance à cet égard.

DE MANIÈRE GLOBALE, LE CANADA SE SITUE DERRIÈRE LA MAJORITÉ DES AUTRES PAYS COMPARÉS EN CE QUI A TRAIT À L'ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS.

Pour ce qui est de l'état de santé des enfants, le Canada présente une proportion moyenne relativement peu élevée des faibles poids à la naissance avec un taux de 6,0 % des naissances vivantes, alors que les taux vont de 3,8 à 9,7 %. Le Canada se situe donc au 7e rang sur 18 pays, avec un pourcentage d'atteinte de la balise de 63,3 %. Toutefois, le taux de mortalité maternelle, qui est de 7,9 pour 100 000 naissances vivantes, place le Canada au 11e rang sur 18 pays, avec seulement 25,3 % d'atteinte de la balise. De même, le Canada se classe parmi les derniers pour les taux de mortalité périnatale, néonatale et infantile[5] avec, respectivement, un 10e rang sur 12 pays et deux dernières positions, ce qui représente des taux élevés par rapport aux autres pays. Pour ces indicateurs, le pourcentage d'atteinte de la balise varie de 34,2 à 40,6 %. Le Canada se classe mieux pour le dernier indicateur de ce groupe : il recueille une 8e position sur 17 pays pour la durée moyenne de séjour des hospitalisations pour certaines affections de la période périnatale. De manière globale, le Canada se situe derrière la majorité des autres pays comparés en ce qui a trait à l'état de santé des enfants, bien que ces statistiques doivent être interprétées avec prudence, puisque les définitions utilisées pour les indicateurs de cette catégorie peuvent varier en fonction des pays.

Dans la troisième catégorie d'indicateurs, qui regroupe les enfants de 0 à 5 ans, la couverture vaccinale pour la rougeole s'élève à 94,0 % chez les enfants de 1 an, ce qui permet au Canada d'obtenir un pourcentage d'atteinte de la balise de 95,9 %. Pour ce qui est des indicateurs retenus pour les problèmes chroniques et aigus de santé physique et mentale, la durée moyenne de séjour des hospitalisations pour des anomalies congénitales est fixée à 6,8 jours pour le Canada, ce qui correspond au 14e rang sur 17 pays. La durée moyenne de séjour des

5. La mortalité périnatale est le décès d'un enfant âgé de moins de 1 semaine (de 0 à 6 jours) ou le décès d'un fœtus de 28 semaines ou plus de gestation ; la mortalité néonatale correspond au décès d'un enfant ayant moins de 1 semaine (de 0 à 27 jours) ; la mortalité infantile désigne le décès d'un enfant de moins de 1 an (de 0 à 364 jours).

hospitalisations pour des complications principalement liées à la puerpéralité au Canada se chiffre à 3,7 jours, ce qui représente 62,2 % d'atteinte de la balise et une 9e position sur 17 pays. En ce qui concerne l'ensemble des enfants, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes, qui est de 6,0, représente le 17e rang sur 20 pays, avec 50,0 % d'atteinte de la balise. Encore une fois, le Canada présente des taux élevés de mortalité chez les enfants, comparativement aux autres pays sélectionnés. Comme il a été mentionné précédemment, cette donnée doit être interprétée avec précaution, puisque les définitions utilisées d'un pays à l'autre peuvent varier.

> DES COMPARAISONS INTERPROVINCIALES

Afin de mieux situer le Québec par rapport à l'ensemble du Canada quant à sa performance en périnatalité et en petite enfance, quelques indicateurs utilisés pour mettre en contexte la situation du Québec sont décrits succinctement (tableau P6). La proportion de naissances en milieu hospitalier atteint 99,6 % au Québec en 2008, ce qui représente l'un des taux les plus élevés au pays. Le taux de grossesses[6] se situe à 57,2 au Québec en 2005, alors que les données s'étalent de 42,3 à 63,2 pour les provinces canadiennes. L'indice synthétique de fécondité du Québec, qui est de 1,7, le place au centre de l'étendue des données provinciales, qui vont de 1,5 à 2,0. L'âge moyen de la mère à l'accouchement, qui atteint 29,3, place le Québec parmi les provinces où la mère accouche à un âge plus avancé, ce qui n'est pas sans conséquence, puisque les études démontrent que le taux de conception non assistée commence à diminuer normalement lorsque la mère atteint 32 ans, avant de chuter aux environs de 37 ans (George et Kamath, 2010 ; Spandorfer et autres, 1998). Finalement, le Québec présente une proportion de la population âgée de 0 à 4 ans par rapport à la population totale de 5,4 %, tandis que les données des provinces canadiennes se situent de 4,6 à 6,6 %.

L'accouchement

En ce qui a trait à l'accouchement (tableau P5), la durée moyenne de séjour à l'hôpital pour les nouveau-nés est de 3,1 jours, ce qui représente le 5e rang sur 10 provinces et 80,6 % d'atteinte de la balise. Au Québec, le taux total d'accouchements assistés par des forceps ou une ventouse obstétricale est de 12,6 %, ce qui place la province approximativement au centre de l'étendue de données, qui va de 6,3 à 17,2 %. Pour ce qui est des césariennes, le Québec présente un taux de 23,1 % des accouchements ayant recours à cette intervention. Toutefois, le taux de césariennes répétées, qui s'élève à 81,0 %, situe le Québec au 4e rang avec un pourcentage d'atteinte de la balise de 84,4 %. Il est à noter que le taux d'anesthésies péridurales au Québec est le plus élevé au Canada avec 69,5 % des accouchements vaginaux qui y ont recours.

LE QUÉBEC PRÉSENTE LE TAUX D'ANESTHÉSIES PÉRIDURALES LE PLUS ÉLEVÉ AU CANADA AVEC 69,5 % DES ACCOUCHEMENTS VAGINAUX QUI Y ONT RECOURS.

6. Le taux de grossesses est égal à la somme des naissances vivantes, des pertes fœtales et des avortements provoqués pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

LE QUÉBEC SE CLASSE BIEN DU POINT DE VUE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS LORSQU'UNE OPTIQUE COMPARATIVE AVEC LE RESTE DU CANADA EST ADOPTÉE.

Par ailleurs, au chapitre de l'état de santé des enfants, le Québec obtient un taux de faibles poids à la naissance (de 500 à 2 500 grammes) de 5,7 %, ce qui le place en 5e position, mais lui donne tout de même un niveau d'atteinte de la balise de 91,2 %. Pour ce qui est des naissances de poids élevé (4 500 grammes ou plus), son faible taux de 1,4 % permet au Québec de diminuer les risques périnataux, ce qui pourrait avoir une certaine incidence sur les mortinaissances[7] en milieu hospitalier. Du reste, le résultat de 1,4 % du Québec établit la balise de cet indicateur au niveau pancanadien. Quant à la proportion des naissances prématurées (moins de 37 semaines révolues de gestation), le Québec a un taux de 7,5 %, ce qui le place au 3e rang sur 10 provinces et constitue une atteinte de la balise de 97,3 %. Le Québec se classe encore avantageusement avec un taux de mortalité périnatale de 5,4 pour 1 000 naissances totales, ce qui équivaut au 2e rang parmi les provinces canadiennes. Cela représente aussi une atteinte de la balise de 88,9 %. Le taux de mortalité néonatale du Québec s'élève à 3,4 pour 1 000 naissances vivantes, ce qui le place au 4e rang. Malgré cela, la balise fixée à un taux de 2,0 pour 1 000 naissances vivantes relègue le Québec à 58,8 % d'atteinte de la balise. Pour ce qui est du taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes, le taux de 4,5 du Québec lui confère le 4e rang et 73,3 % d'atteinte de la balise. Somme toute, le Québec présente des résultats très convaincants dans cette section et se trouve généralement parmi les meneurs. Il est donc possible d'affirmer que le Québec se classe bien du point de vue de l'état de santé des enfants lorsqu'une optique comparative avec le reste du Canada est adoptée.

La petite enfance

En ce qui concerne les enfants de 0 à 5 ans (tableau P6), deux indicateurs ont été retenus pour illustrer les problèmes chroniques et aigus de santé physique et mentale. En 2009-2010, le taux d'hospitalisations des enfants de 0 à 4 ans indique que le Québec, avec 8,8 %, se classe au 7e rang sur 9 provinces, avec une atteinte de la balise correspondant à 61,3 %. De plus, le Québec se situe au milieu des données pour ce qui a trait à la durée moyenne de séjour par hospitalisation chez les enfants de 0 à 4 ans avec une moyenne de 3,7 jours. Cette donnée lui attribue le 4e rang parmi les 10 provinces et 76,1 % d'atteinte de la balise.

Finalement, le taux d'incidence du cancer pour 100 000 enfants de moins de 5 ans a été retenu pour définir l'ensemble des enfants. Avec un taux de 30,3 en 2007, le Québec se situe au 6e rang sur 8 provinces, alors que les résultats s'étendent de 16,3 à 43,9. Ce taux relativement élevé de nouveaux cancers chez les enfants entraîne une atteinte de la balise de 53,8 %.

7. Une mortinaissance (mort fœtale) est le décès d'un produit de conception, lorsque ce décès est survenu avant l'expulsion ou l'extraction, indépendamment de la durée de la gestation.

RETOUR

> DES COMPARAISONS INTERRÉGIONALES

Cette section présente les indicateurs sélectionnés afin de dresser le portrait des soins en périnatalité et en petite enfance à travers les différentes régions sociosanitaires du Québec. Ce tour d'horizon permettra de mieux analyser les disparités, de relever des tendances ou de faire ressortir des enjeux. Il est à noter que la plupart des indicateurs sont calculés en fonction de la région où sont donnés les soins et services plutôt qu'en fonction de la région de résidence du patient. Pour plus d'informations, le document *Recueil des sources et définitions des indicateurs de monitorage : périnatalité et petite enfance* est disponible dans le site Internet du Commissaire.

Parmi les caractéristiques sociodémographiques, les ressources financières et humaines propres à chaque région sont illustrées par deux indicateurs (tableau R8). D'abord, pour les montants octroyés aux organismes communautaires régionaux par le ministère de la Santé et des Services sociaux (pour les dépenses liées à la contraception, à l'allaitement, à la périnatalité et à la famille), le Nord-du-Québec (2,60 $), l'Estrie (2,20 $) et le Saguenay–Lac-Saint-Jean (1,97 $) obtiennent des montants élevés par habitant, alors que d'autres régions, comme Lanaudière (0,11 $), la Capitale-Nationale (0,17 $) et Montréal (0,23 $), reçoivent des montants par habitant en deçà de la moyenne québécoise (0,96 $). Ensuite, le taux de médecins gynéco-obstétriciens pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans se caractérise par des tendances selon les regroupements de régions. Celles en périphérie des régions universitaires possèdent des taux plus bas que la moyenne québécoise (28), alors que les régions isolées ont des taux plus élevés. L'Outaouais (10) présente un taux très en deçà de la moyenne, ce qui peut s'expliquer par la grande mobilité interrégionale de cette région avec celle de la ville d'Ottawa. La Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (58), l'Abitibi-Témiscamingue (48) et Montréal (42) montrent des données supérieures à la moyenne. Le taux d'enfants présentant un handicap pour 1 000 enfants de 0 à 17 ans est plus élevé dans Lanaudière (27,2), la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (26,1) et l'Estrie (25,2), tandis que l'Abitibi-Témiscamingue (19,1), l'Outaouais (19,9), le Bas-Saint-Laurent (21,0) et la Capitale-Nationale (21,1) se placent sous la moyenne du Québec (23,3).

Du point de vue de la population et de la fécondité, quatre indicateurs ont été retenus afin de dresser un portrait du Québec. Le taux de grossesses pour 1 000 femmes de 14 à 49 ans, pour l'année 2007 (moyenne sur 5 ans), montre que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (42,4) et le Bas-Saint-Laurent (46,3), tout comme l'ensemble des régions éloignées et intermédiaires, présentent des taux de grossesses sous la moyenne québécoise (59,5). À l'inverse, les régions de Montréal (69,9) et de Laval (62,2) se situent au-dessus de la moyenne québécoise, alors que le Nunavik (128,5) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (120,3) possèdent les taux les plus élevés au Québec. Par contre, l'indice de fécondité est différemment réparti entre les régions. La Capitale-Nationale (1,4) obtient encore un indice plus bas que la moyenne (1,6), de même que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (1,5) et Montréal (1,5). De plus, l'âge moyen de la mère à la naissance présente des tendances significatives selon les regroupements de régions : les mères issues des régions universitaires et des régions en périphérie des régions universitaires accouchent à un âge plus avancé que celles venant des régions intermédiaires et éloignées. Enfin, la proportion de la population âgée de 0 à 4 ans par rapport

à la population totale est moins grande pour la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (4,1 %), la Mauricie et Centre-du-Québec (4,4 %) et la Capitale-Nationale (4,9 %), tandis que le Nord-du-Québec (10,7 %), la Côte-Nord (5,9 %) et Montréal (5,7 %) se situent au-dessus de la moyenne québécoise (5,4 %).

La période prénatale

Trois indicateurs permettent d'évaluer la performance relative aux soins précédant la naissance, c'est-à-dire la période prénatale (tableau R5). Pour le suivi de grossesse normale, la proportion de femmes ayant consulté un médecin six fois ou plus durant la grossesse se caractérise par des taux élevés dans Lanaudière (97,7 %), Laval (97,6 %), la Montérégie (97,6 %) et les Laurentides (96,9 %), tandis que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (71,1 %), le Bas-Saint-Laurent (75,4 %) et la Côte-Nord (84,0 %) présentent les pourcentages les plus bas. Aussi, le Nunavik a un taux de sages-femmes pour 1 000 naissances très élevé (218,49), ce qui représente 26 sages-femmes en valeur absolue, le deuxième plus haut nombre au Québec. Le taux de grossesses du Nunavik (128,5) est d'ailleurs beaucoup plus élevé que dans l'ensemble du Québec (59,5). Pour les autres régions comptant des sages-femmes, certaines ont des taux très bas, comme la Montérégie (0,08), et d'autres ont des taux plus élevés, telle l'Estrie (3,89).

L'indicateur retenu pour la prise en charge des grossesses à risque est le taux d'hospitalisations anténatales pour 1 000 naissances : les Laurentides (55,3), la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (36,0) et la Montérégie (34,2) présentent des taux élevés, alors que les régions universitaires et intermédiaires ont des taux en deçà de la moyenne québécoise (22,1). Cela est probablement attribuable à l'isolement géographique, puisque les hospitalisations anténatales sont plus fréquentes lorsque la mère habite loin d'un centre accoucheur.

L'accouchement

La section consacrée à l'accouchement est divisée en deux catégories regroupant tous les indicateurs retenus, soit l'accouchement et l'état de santé des enfants (tableau R6). En ce qui concerne l'accouchement, le coût moyen par naissance des services hospitaliers associés à l'accouchement (coût moyen relatif aux soins de la mère) est plus élevé dans les régions universitaires, ce qui traduit la mission suprarégionale et les soins spécialisés des établissements de santé en milieu universitaire. Le coût moyen par naissance des services hospitaliers associés aux nouveau-nés pesant plus de 2,5 kg est, pour sa part, plus élevé dans les régions de l'Estrie (877 $), de la Capitale-Nationale et de Laval (856 $), alors qu'il est au plus bas dans celles de la Côte-Nord (801 $) et du Saguenay–Lac-Saint-Jean (812 $). Inévitablement, le coût moyen par naissance des services hospitaliers associés aux nouveau-nés avec complications est supérieur, mais aussi concentré dans les régions universitaires. Ainsi, la Capitale-Nationale (10 930 $), Montréal (9 510 $) et l'Estrie (7 780 $) ont des coûts beaucoup plus élevés que ceux de toutes les autres régions. D'ailleurs, le taux de lits en soins spécialisés pour les nouveau-nés illustre ces propos, puisque seulement six régions comptent ce type de lits spécialisés et que les taux les plus élevés sont associés aux régions universitaires.

Pour ce qui est du taux d'heures travaillées par le bloc obstétrical, la maternité et les soins généraux aux nouveau-nés pour 1 000 naissances, les régions éloignées obtiennent les taux les plus élevés : la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine en tête (93,7), suivie de la Côte-Nord (81,6) et de l'Abitibi-Témiscamingue (77,3). Cela traduit une plus faible utilisation des services, à cause du maintien de services de proximité. Quant à elle, la région de l'Outaouais présente le taux le plus bas (42,3). De surcroît, le taux d'accouchements réalisés par des sages-femmes en maisons de naissance reflète à la fois la présence réduite, voire l'absence, d'établissements dans plusieurs régions du Québec, mais aussi de grands écarts entre celles qui en disposent. À titre d'exemple, 81,1 accouchements sur 1 000 naissances sont réalisés en maisons de naissance en Estrie, alors que seulement 22,4 le sont à Montréal.

LE TAUX D'ACCOUCHEMENTS RÉALISÉS PAR DES SAGES-FEMMES EN MAISONS DE NAISSANCE REFLÈTE À LA FOIS LA PRÉSENCE RÉDUITE, VOIRE L'ABSENCE, D'ÉTABLISSEMENTS DANS PLUSIEURS RÉGIONS DU QUÉBEC, MAIS AUSSI DE GRANDS ÉCARTS ENTRE CELLES QUI EN DISPOSENT.

En ce qui a trait au taux de rétention des accouchements, illustré par le nombre de femmes de la région accouchant localement, les régions isolées, de même que les régions en périphérie des régions universitaires, présentent des taux plus bas que la moyenne québécoise (84,5 %). C'est le cas de Laval (49,5 %), de Lanaudière (62,1 %) et des Laurentides (61,5 %). Cet indicateur est étroitement lié au potentiel d'autosuffisance des accouchements, qui indique la proportion des accouchements réalisés dans la région par rapport aux accouchements des femmes de la région. C'est pour cette raison que certaines régions se retrouvent avec un potentiel d'autosuffisance supérieur à 100 %, comme Montréal (125,8 %), la Capitale-Nationale (119,7 %), Laval (110,6 %) ou encore l'Abitibi-Témiscamingue (117,8 %), alors que d'autres présentent des taux plus bas, comme Lanaudière (70,2 %) et les Laurentides (70,8 %).

En matière de durée moyenne de séjour pour un accouchement par césarienne, elle est plus élevée dans les régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (4,7 jours) et de la Capitale-Nationale (4,4 jours), mais plus basse à Laval (2,6 jours). Le taux de congé maternel précoce après un accouchement par voie vaginale montre que les régions universitaires tendent à présenter des pourcentages plus élevés. Toutefois, Laval (1,8 %) et Lanaudière (3,4 %) obtiennent les pourcentages les plus bas et les régions éloignées ont toutes des pourcentages plus bas que la moyenne québécoise (11,5 %). Le taux de congé maternel précoce après un accouchement par césarienne ne répond pas à la même logique, étant donné que le pourcentage le plus élevé est observé dans la région de Laval (63,7 %), suivie ex aequo par la Côte-Nord et le Saguenay–Lac-Saint-Jean (26,2 %). Les pourcentages les plus bas se trouvent en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (2,6 %) et à Montréal (4,0 %).

En regard du taux total d'accouchements assistés à l'aide de forceps ou d'une ventouse obstétricale, le Bas-Saint-Laurent (17,6 %) et la Capitale-Nationale (17,4 %) ont les pourcentages les plus élevés, et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (7,7 %), le plus bas. La moyenne de l'ensemble du Québec se fixe à 12,6 %. L'Outaouais (27,7 %) et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (26,0 %) présentent les taux de césariennes les plus élevés, alors que Lanaudière (18,8 %), Laval (19,7 %) et l'Estrie (19,7 %) possèdent les taux les plus bas au Québec. De plus, la pratique de l'anesthésie péridurale semble fluctuer passablement d'une région à l'autre. Il existe un écart statistique significatif relativement

IL EXISTE UN ÉCART STATISTIQUE SIGNIFICATIF RELATIVEMENT AUX TAUX D'ANESTHÉSIES PÉRIDURALES DANS LES ACCOUCHEMENTS ENTRE LES RÉGIONS AYANT LE PLUS RECOURS À CETTE PRATIQUE ET CELLES LUI FAISANT MOINS DE PLACE.

aux taux d'anesthésies péridurales dans les accouchements entre les régions ayant le plus recours à cette pratique, telles que la Capitale-Nationale (79,0%) et Lanaudière (76,9%), et celles lui faisant moins de place, telles que la Côte-Nord (40,4%), le Bas-Saint-Laurent (44,0%) et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (47,3%). La disponibilité des anesthésiologistes peut sûrement expliquer, à tout le moins en partie, la variation des données observées d'une région à l'autre.

Pour les indicateurs de la catégorie de l'état de santé des enfants, le taux de faibles poids à la naissance présente des données assez uniformes. Cependant, avec une moyenne québécoise de 5,7%, certaines régions, dont la Côte-Nord (4,9%), la Capitale-Nationale (5,3%) et le Saguenay–Lac-Saint-Jean (5,3%), se positionnent favorablement, alors que l'Abitibi-Témiscamingue (7,0%) et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (6,9%) ont des taux plus élevés. Quant aux naissances de poids élevé, elles sont plus fréquentes dans les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James (9,4%), de la Côte-Nord (2,7%) et de l'Outaouais (1,8%), alors que Lanaudière (1,0%) obtient le taux le plus bas, sous la moyenne québécoise de 1,4%. Le taux agrégé de morbidités néonatales secondaires à un syndrome de détresse respiratoire ou à une septicémie néonatale est calculé pour 1 000 naissances. Le taux moyen pour l'ensemble du Québec se situe à 32,4. Même si aucune tendance ne se dessine selon les regroupements de régions, il est à noter que le Nord-du-Québec (14,1), l'Outaouais (16,9) et la Mauricie et Centre-du-Québec (19,9) font bonne figure, tandis que le plus haut taux appartient à la Capitale-Nationale (57,6).

Pour ce qui est de la proportion des naissances ayant un retard de croissance intra-utérin, les Terres-Cries-de-la-Baie-James (2,0%), le Nunavik (5,7%) et la Côte-Nord (6,7%) montrent des taux favorables, alors que Montréal (9,0%), le Nord-du-Québec (8,9%) et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (8,8%) performent moins bien, comparativement à la moyenne du Québec (8,1). Par ailleurs, la moyenne pour l'ensemble du Québec de la proportion des naissances prématurées se chiffre à 7,7%. Bien que la plupart des régions avoisinent ce taux, les régions éloignées et isolées, à l'exception du Nord-du-Québec (7,9%), présentent des résultats plus élevés que la moyenne. C'est le cas du Nunavik (10,5%), de l'Abitibi-Témiscamingue (10,0%), de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (9,0%), de la Côte-Nord (8,8%) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (8,5%).

AUTANT POUR LES NAISSANCES PRÉMATURÉES QUE POUR TOUS LES TAUX DE MORTALITÉ RAPPORTÉS, LES RÉGIONS ISOLÉES PRÉSENTENT DES PROPORTIONS PLUS ÉLEVÉES QUE CELLES DU RESTE DU QUÉBEC

Également, les taux de mortalité chez les enfants sont des données importantes à considérer et l'attention qui leur est portée prend tout son sens lors de l'analyse de la performance du système de santé et de services sociaux en périnatalité et en petite enfance. Pour le taux de mortalité périnatale pour 1 000 naissances, l'Abitibi-Témiscamingue (2,0), Lanaudière (2,6) et l'Estrie (2,7) se rangent favorablement en dessous de la moyenne (3,1), ce qui n'est pas le cas du Nunavik (6,3), des Terres-Cries-de-la-Baie-James (5,2), de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (3,7) et de Laval (3,7). C'est un portrait similaire que révèle le taux de mortalité néonatale, puisque l'Abitibi-Témiscamingue (2,7) se situe encore sous la moyenne québécoise (3,7) et que le Nunavik (9,8), les Terres-Cries-de-la-Baie-James (6,7), la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (4,5), Laval (4,2) et la Capitale-Nationale (4,2) montrent les taux les plus élevés. Enfin, les taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances les plus bas se trouvent dans les régions de Lanaudière (4,1)

et de l'Estrie (4,4) et les plus hauts, dans celles du Nunavik (18,8), des Terres-Cries-de-la-Baie-James (11,4) et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (5,9). Autant pour les naissances prématurées que pour tous les taux de mortalité rapportés, les régions isolées présentent des proportions plus élevées que celles du reste du Québec. En effet, ces régions, de même que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, performent moins dans ce regroupement d'indicateurs : elles ont plus souvent qu'autrement des résultats de dernière place. Toutefois, il ne faut pas oublier que ces régions possèdent aussi les populations infantiles les plus restreintes en nombre, ce qui a pour effet de gonfler de petits chiffres en taux normalisés : l'incidence statistique d'une poignée de cas de mortalité peut ainsi être disproportionnée.

La petite enfance

Parmi les indicateurs disponibles concernant la petite enfance, voici ceux qui traitent du suivi régulier (tableau R7). Le coût moyen en milliers de dollars des services dentaires pour 1 000 enfants indique que le Nunavik (7,3) et l'Outaouais (9,0) dépensent moins pour ce type de services, alors que la Côte-Nord (28,2) dépasse de loin les coûts moyens de l'ensemble du Québec (13,2). Le taux d'utilisation des services dentaires pour 1 000 enfants est étroitement lié à l'indicateur précédent : un fort taux d'utilisation caractérise la Côte-Nord (580), qui présente aussi des coûts moyens élevés. De même, le Nunavik (129) et l'Outaouais (198) ont des taux d'utilisation plus bas, tout comme leurs coûts moyens. Il est à noter que les régions de l'Estrie, de la Capitale-Nationale et de la Mauricie et Centre-du-Québec présentent des coûts moyens et des taux d'utilisation plus bas que la moyenne de l'ensemble du Québec[8].

En regard de la proportion des enfants de 0 à 5 ans recevant dans un centre de santé et de services sociaux (CSSS) leur première dose de vaccin contre le DCat-Polio-Hib à l'intérieur de deux semaines du moment prévu au calendrier du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ), de grandes divergences interrégionales sont observées. Certaines régions atteignent des taux de vaccination élevés, ce qui est le cas du Nord-du-Québec (90,9%), du Saguenay–Lac-Saint-Jean (86,6%), de Lanaudière (85,7%), de l'Abitibi-Témiscamingue (85,1%), de Laval (84,9%) et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (83,9%). D'autres font moins bonne figure, telles que les Laurentides (54,4%), la Capitale-Nationale (57,9%) et l'Estrie (60,5%), qui se situent sous la moyenne québécoise de 70,3%. La proportion des enfants de 0 à 5 ans recevant en CSSS leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C à l'intérieur de deux semaines du moment prévu au calendrier du PIQ dresse un tableau similaire quant aux régions ayant des taux de vaccination se situant aux extrémités de la courbe de distribution des données. Le Nord-du-Québec (85,2%), le Saguenay–Lac-Saint-Jean (70,3%), l'Abitibi-Témiscamingue (67,2%), Lanaudière (66,7%) et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (65,6%) se situent encore favorablement, avec des pourcentages au-dessus de la moyenne établie à 50,2% pour l'ensemble du Québec. Par contre, la Montérégie (40,6%), la Mauricie et Centre-du-Québec (41,7%), la Capitale-Nationale (41,9%) et l'Estrie (42,2%) présentent de faibles taux de vaccination. D'ailleurs, pour les deux taux de vaccination mentionnés, les résultats des régions universitaires de la Capitale-Nationale et de l'Estrie se trouvent parmi

8. Dans le cas de ces deux indicateurs portant sur les services dentaires, il s'agit de soins curatifs. Les soins préventifs ne sont pas pris en compte.

les plus bas, ce qui amène à se demander si cela correspond au fait que les enfants se font vacciner ailleurs qu'en CSSS, qu'ils le font hors des délais prévus au PIQ ou qu'ils ne le font tout simplement pas.

Certains indicateurs permettent d'obtenir plus d'informations sur les problèmes chroniques et aigus de santé physique et mentale chez les enfants de 0 à 5 ans. Le taux de pédiatres pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans est très inférieur à la moyenne québécoise (1,11) dans les régions isolées, de même que dans les régions de l'Outaouais (0,61) et de la Côte-Nord (0,74). Celle de l'Abitibi-Témiscamingue (1,58) présente le plus haut taux de pédiatres, suivie de Montréal (1,36). Le taux de lits de courte durée en pédiatrie pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans révèle de fortes variations entre les régions : les taux sont faibles pour la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (0,45), la Montérégie (0,72), l'Outaouais (0,77) et Laval (0,78), mais ils sont élevés pour la Côte-Nord (3,95), Montréal (3,52) et le Saguenay–Lac-Saint-Jean (3,39). Le taux de lits de courte durée en pédopsychiatrie pour les enfants de 0 à 5 ans reflète l'absence de ce type de services dans plusieurs régions du Québec. Parmi celles qui l'offrent, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (1,34), Montréal (1,01) et l'Outaouais (0,90) montrent les taux les plus hauts. Il ne faut pas oublier que ce taux a pour corollaire la population de 0 à 5 ans : pour la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, cette population est parmi les plus faibles au Québec, ce qui signifie que même un petit nombre de lits peut se répercuter en un taux élevé.

Pareillement, le taux d'hospitalisations en soins de courte durée en lien avec la santé physique des enfants de moins de 1 an montre des proportions pour 1 000 enfants beaucoup plus grandes dans les régions isolées et éloignées que dans l'ensemble du Québec. Le Nunavik (1 234), les Terres-Cries-de-la-Baie-James (954) et le Nord-du-Québec (562), ainsi que la Côte-Nord (722), l'Abitibi-Témiscamingue (698), le Saguenay–Lac-Saint-Jean (608) et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (540), présentent tous des taux bien au-delà de la moyenne du Québec (343). Seules quelques régions ont des taux très bas, dont Montréal (200) et l'Outaouais (232). Ensuite, le taux d'hospitalisations en soins de courte durée en lien avec la santé physique des enfants de 1 à 5 ans révèle une tendance plutôt similaire, puisque le Nunavik (134,5), le Nord-du-Québec (47,3), le Saguenay–Lac-Saint-Jean (55,5), l'Abitibi-Témiscamingue (49,5), la Mauricie et Centre-du-Québec (47,0) et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (47,0) ont les taux les plus élevés. À l'opposé, les résultats de l'Outaouais (18,8), de Montréal (19,0) et de Laval (19,7) sont les plus bas.

Par ailleurs, le taux de chirurgies d'un jour pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans indique que les régions universitaires, particulièrement la Capitale-Nationale (55,1), pratiquent davantage ce type d'interventions que l'ensemble des régions (30,5). À l'exception de Chaudière-Appalaches (44,5), les régions en périphérie des régions universitaires présentent des taux plus bas que la moyenne, ce qui est aussi le cas de l'ensemble des régions éloignées et isolées. Quant au taux de chirurgies avec hospitalisation pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, il marque une séparation évidente entre les régions universitaires de Montréal (17,7) et de la Capitale-Nationale (16,1), d'une part, et le reste du Québec, d'autre part, bien que l'Estrie (5,8) se démarque aussi des autres régions québécoises. Mis à part le Nunavik (10,4), la région ayant le taux le plus élevé après les régions universitaires est le Saguenay–Lac-Saint-Jean (4,2). Cela démontre l'écart existant entre les régions universitaires et le reste du Québec à ce chapitre, puisque l'offre de soins spécialisés des régions universitaires les amène à effectuer des chirurgies plus complexes, qui peuvent nécessiter une hospitalisation.

Pour sa part, le taux d'usagers bénéficiant des services de santé physique en phase postopératoire en CSSS pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans permet d'apprécier la capacité d'adaptation aux besoins de la population des régions à l'égard de ces services. La Mauricie et Centre-du-Québec (4,6), de même que Chaudière-Appalaches (3,4), se démarque avantageusement, bien que la Côte-Nord (0,6), Lanaudière (0,7) et Laval (0,9) soient largement en deçà de la moyenne de l'ensemble du Québec (1,7). Relativement au taux de rétention des services hospitaliers pour les enfants de 0 à 5 ans, toutes les régions en périphérie des régions universitaires obtiennent des résultats inférieurs à la moyenne (78,2%). Les taux les plus bas se trouvent dans les régions de Laval (52,0%) et des Laurentides (58,1%). Ce sont les régions universitaires qui se démarquent avec des taux élevés pour Montréal (95,8%), la Capitale-Nationale (95,5%) et l'Estrie (88,9%). Le constat est identique pour le potentiel d'autosuffisance des services hospitaliers pour les enfants de 0 à 5 ans : toutes les régions en périphérie des régions universitaires se placent sous la moyenne, alors que les régions universitaires se situent fortement au-dessus de la moyenne. En ce qui concerne la durée moyenne de séjour des enfants de 0 à 5 ans hospitalisés pour maladies et troubles de l'appareil respiratoire, l'ensemble des régions en périphérie des régions universitaires et des régions éloignées se situe sous la moyenne québécoise (3,0 jours). Les plus hauts résultats se trouvent dans les régions universitaires de Montréal (4,8 jours), de la Capitale-Nationale (3,1 jours) et de l'Estrie (3,1 jours), ainsi que dans le Bas-Saint-Laurent (3,6 jours).

EN CE QUI CONCERNE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR DES ENFANTS DE 0 À 5 ANS HOSPITALISÉS POUR MALADIES ET TROUBLES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE, L'ENSEMBLE DES RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES ET DES RÉGIONS ÉLOIGNÉES SE SITUE SOUS LA MOYENNE QUÉBÉCOISE

Finalement, le dernier indicateur de la catégorie des problèmes chroniques et aigus de santé physique et mentale est la durée moyenne de séjour des enfants de 0 à 5 ans hospitalisés pour maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche, de la gorge et des os craniofaciaux. Cet indicateur présente des taux encore plus caractéristiques pour certaines régions. En effet, les régions universitaires de Montréal (2,8 jours), de la Capitale-Nationale (2,6 jours) et de l'Estrie (2,5 jours) obtiennent les taux les plus élevés, alors que ceux des autres régions varient surtout en deçà de la moyenne, qui est de 2,1 jours (de 1,5 à 1,7 jour). Plusieurs indicateurs de cette catégorie reflètent les faibles populations régionales de 0 à 5 ans, qui se répercutent, tout comme les responsabilités accrues des régions universitaires, en des taux de lits pour 1 000 enfants et des taux d'hospitalisations plus élevés dans ces régions.

Seul un indicateur permet d'informer sur la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité : il s'agit du nombre moyen de visites à domicile réalisées par semaine dans le cadre du programme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance) des centres de santé et de services sociaux (CSSS), pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans. Cet indicateur montre que l'Estrie (383), la Capitale-Nationale (219) et Lanaudière (267) se démarquent des autres régions. De plus, la majorité des régions en périphérie des régions universitaires fournissent beaucoup de visites, alors que Montréal (84) et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (71) en donnent un bien moins grand nombre par rapport à leur population.

Pour ce qui est des déficiences physiques, le taux d'enfants inscrits dans un centre de réadaptation physique pour 1 000 enfants de 0 à 4 ans est plus grand dans les régions éloignées, plus particulièrement dans celle de la Côte-Nord (75,1). Il en est de même pour Lanaudière (51,7). Le Bas-Saint-Laurent (12,8), quant à lui, a le taux le plus bas et toutes

les régions universitaires se situent sous la moyenne. Il ne faut pas oublier que les régions éloignées se caractérisent par des populations de cet âge plus restreintes qu'ailleurs au Québec, ce qui peut évidemment se traduire en de plus fortes variations.

Trois indicateurs décrivent la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement. Selon le taux d'usagers des services du programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement des CSSS pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, les régions de Montréal (10,4), de Laval (7,5) et du Nord-du-Québec (9,3) ont des données passablement plus élevées que celles de l'ensemble du Québec, dont la moyenne est de 5,8. Le taux d'usagers des services d'intervention comportementale intensive de type ABA (Approche behaviorale appliquée) pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans est relativement bas dans les régions de l'Abitibi-Témiscamingue (1,0), de l'Outaouais (1,1), de l'Estrie (1,1) et des Laurentides (1,1). Par contre, ce taux est plus élevé dans les régions de Lanaudière (2,6), de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (2,6) et de Montréal (2,0). Enfin, le nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive par enfant de 0 à 5 ans est plus grand que la moyenne québécoise (13,8) pour l'Outaouais (21,8), le Bas-Saint-Laurent (16,7) et les autres régions intermédiaires. Les chiffres varient passablement pour les autres régions québécoises.

Les indicateurs regroupés sous le libellé des jeunes en difficulté indiquent que le taux d'enfants hébergés par les centres jeunesse pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans est à son plus haut dans les régions intermédiaires et éloignées, particulièrement en Abitibi-Témiscamingue (18,5) et en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (12,1). Cependant, ce taux se situe sous la moyenne pour l'ensemble des régions en périphérie des régions universitaires, alors que Laval a le plus faible taux (2,6). Le nombre moyen de jours-présence par enfant de 0 à 5 ans placé par les centres jeunesse est plus élevé dans les régions de la Montérégie (234), des Laurentides (227) et de Montréal (220). Les régions intermédiaires et éloignées se placent néanmoins toutes sous la moyenne québécoise, sauf la Côte-Nord, dont le résultat est égal à la moyenne (206). Quant au taux d'usagers des services du programme Jeunes en difficulté des CSSS pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, les régions intermédiaires et éloignées, ainsi que le Nord-du-Québec (100), obtiennent des taux supérieurs à la moyenne, dont l'Abitibi-Témiscamingue (83,7) et la Mauricie et Centre-du-Québec (82). À l'exception de Chaudière-Appalaches (60,2), toutes les régions en périphérie des régions universitaires présentent des taux plus bas que la moyenne québécoise (38,9). Finalement, le nombre moyen d'interventions du programme Jeunes en difficulté des CSSS par usager de 0 à 5 ans montre que les régions en périphérie des régions universitaires se situent presque toutes sous la moyenne québécoise (5,2), tandis que le Nord-du-Québec (9,2), la Côte-Nord (7,0), l'Outaouais (6,1) et l'Estrie (6,1) obtiennent les nombres moyens d'interventions les plus élevés. Dans l'ensemble, la plupart des régions intermédiaires et éloignées ont des taux d'usagers plus élevés pour les jeunes en difficulté, alors que le nombre de jours ou d'interventions ne révèle pas cette même tendance. Cela laisse croire que les plus faibles populations de ces régions font augmenter les taux. Il est toutefois impossible d'affirmer avec certitude qu'il y existe des problèmes plus criants chez les jeunes en difficulté.

RETOUR

Au regard de l'ensemble des enfants de 0 à 5 ans, l'indicateur du taux de mortalité pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans indique que ce sont les régions du Nunavik (492), des Terres-Cries-de-la-Baie-James (306), de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (134), du Saguenay–Lac-Saint-Jean (130) et de la Mauricie et Centre-du-Québec (129) qui performent moins bien dans ce domaine. L'Abitibi-Témiscamingue (78) et la Montérégie (96), quant à elles, font très bonne figure, puisqu'elles obtiennent les plus bas taux au Québec. Enfin, le taux standardisé d'allaitement maternel pour une durée de 6 mois ou plus, qui réfère à l'ensemble des niveaux d'allaitement, fait état de différences de pratiques entre les régions du Québec. Il se démarque des autres indicateurs, étant donné que Montréal (60,8 %) fait cavalier seul avec le meilleur pourcentage, loin devant l'Outaouais (49,1 %), qui a le deuxième plus haut taux. La Côte-Nord (22,4 %) et le Saguenay–Lac-Saint-Jean (29,8 %) sont les régions où le taux d'allaitement est le plus bas.

LE TAUX STANDARDISÉ D'ALLAITEMENT MATERNEL POUR UNE DURÉE DE 6 MOIS OU PLUS FAIT ÉTAT DE DIFFÉRENCES DE PRATIQUES ENTRE LES RÉGIONS DU QUÉBEC

Tableau I 1
TABLEAU DE BALISAGE INTERNATIONAL
Périnatalité et petite enfance

	INDICATEURS*		Canada
Périnatalité	Taux d'obstétriciens-gynécologues, pour 1 000 naissances vivantes, 2007	Suivi de grossesse normale	6,1
	Taux de sages-femmes professionnellement actives, pour 1 000 naissances vivantes, 2007		1,9
	Durée moyenne de séjour des hospitalisations pour des complications liées à la grossesse, en jours, 2007		2,9
Accouchement	Taux de césariennes, en %, 2007	Accouchement	26,6
	Durée moyenne de séjour des hospitalisations pour des complications liées au travail et à l'accouchement, en jours, 2007		2,4
	Proportion des naissances de faible poids, en % des naissances vivantes, 2007		6,0
	Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes, 2006		7,9
	Taux de mortalité périnatale, pour 1 000 naissances totales, 2007	État de santé des enfants	6,4
	Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes, 2007		3,8
	Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes, 2007		5,1
	Durée moyenne de séjour des hospitalisations pour certaines affections de la période périnatale, en jours, 2007		8,8
Petite enfance	Couverture vaccinale pour la rougeole chez les enfants d'un an, en %, 2008	Suivi régulier	94,0
	Durée moyenne de séjour des hospitalisations pour des anomalies congénitales, en jours, 2007	Problèmes chroniques et aigus de santé physique et mentale	6,8
	Durée moyenne de séjour des hospitalisations pour des complications principalement liées à la puerpéralité, en jours, 2007		3,7
	Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes, 2008	Ensemble des enfants	6,0
Caractéristiques sociodémographiques	Taux de natalité, pour 1 000 habitants, 2007	Caractéristiques sociodémographiques	10,9
	Indice synthétique de fécondité (femmes âgées de 15 à 49 ans), 2007		1,7
	Proportion de la population de 0 à 14 ans, en % de la population totale, 2009		16,4

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

RETOUR

RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
12 sur 14	4,1	22,5	22,5	27,1 %
7 sur 7	1,9	58,4	58,4	3,3 %
4 sur 17	2,4	6,5	2,4	82,8 %
–	14,0	39,8	–	–
2 sur 17	2,2	6,7	2,2	91,7 %
7 sur 18	3,8	9,7	3,8	63,3 %
11 sur 18	2,0	13,3	2,0	25,3 %
10 sur 12	2,6	7,7	2,6	40,6 %
16 sur 16	1,3	3,8	1,3	34,2 %
19 sur 19	2,0	5,1	2,0	39,2 %
8 sur 17	5,3	11,6	5,3	60,2 %
8 sur 20	83,0	98,0	98,0	95,9 %
14 sur 17	3,7	7,5	3,7	54,4 %
9 sur 17	2,3	5,3	2,3	62,2 %
17 sur 20	3,0	8,0	3,0	50 %
–	8,3	15,1	–	–
–	1,3	2,2		
–	13,2	20,9	–	–

** Le nombre de pays inclus varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par le meilleur pays.

RETOUR

Tableau P5
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL
Accouchement

INDICATEURS*		QUÉBEC
Durée moyenne de séjour à l'hôpital pour nouveau-nés, en jours, 2008-2009	Accouchement	3,1
Taux total d'accouchements assistés (forceps et ventouse obstétricale) parmi les accouchements vaginaux, en %, 2009-2010		12,6
Taux de césariennes, en %, 2008		23,1
Taux de césariennes répétées, en %, 2009-2010		81,0
Taux d'anesthésies péridurales dans les accouchements vaginaux, en %, 2009-2010		69,5
Taux de faibles poids à la naissance, en %, 2009-2010	État de santé des enfants	5,7
Proportion des naissances de poids élevé, en %, 2005-2007		1,4
Proportion des mortinaissances en milieu hospitalier, en %, 2008		0,4
Proportion des naissances prématurées (moins de 37 semaines de gestation), en % des naissances vivantes, 2008		7,5
Taux de mortalité périnatale, pour 1 000 naissances totales, 2007		5,4
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes, 2007		3,4
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes, 2007		4,5

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
5 sur 10	2,5	3,7	2,5	80,6 %
–	6,3	17,2	–	–
–	20,2	31,5	–	–
–	68,4	95,5	–	–
–	30,3	69,5	–	–
5 sur 10	5,2	6,7	5,2	91,2 %
1 sur 10	1,4	3,1	1,4	100 %
1 sur 10	0,4	1,0	0,4	100 %
3 sur 10	7,3	9,0	7,3	97,3 %
2 sur 10	4,8	8,0	4,8	88,9 %
4 sur 10	2,0	5,3	2,0	58,8 %
4 sur 10	3,3	7,5	3,3	73,3 %

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

Tableau P6
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL
0-5 ans

INDICATEURS*		QUÉBEC
Taux d'hospitalisation des enfants de 0 à 4 ans, en %, 2009-2010	Problèmes chroniques et aigus de santé physique et mentale	8,8
Durée moyenne de séjour par hospitalisation chez les enfants de 0 à 4 ans, en jours, 2009-2010		3,7
Taux d'incidence de cancer, pour 100 000 enfants de moins de 5 ans, 2007	Ensemble des enfants	30,3

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

RETOUR

RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
–	5,4	10,1	–	–
4 sur 10	2,8	5,7	2,8	76,1 %
6 sur 8	16,3	43,9	16,3	53,8 %

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

Tableau P7
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL
Caractéristiques sociodémographiques

INDICATEURS*		QUÉBEC
Proportion de naissance en milieu hospitalier, en %, 2008		99,6
Taux de grossesses, pour 1 000 femmes, 2005	Population et fécondité	57,2
Indice synthétique de fécondité, 2008		1,7
Âge moyen de la mère à l'accouchement, par naissance vivante, 2008		29,3
Proportion de la population de 0 à 4 ans par rapport à la population totale, en %, 2010		5,4

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca)

RETOUR

RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
–	97,9	99,8	–	–
–	42,3	63,2	–	–
–	1,5	2,0	–	–
–	27,1	30,0	–	–
–	4,6	6,6	–	–

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

Tableau R5
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
Période prénatale

INDICATEURS*		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Proportion de femmes ayant consulté un médecin 6 fois ou plus durant la grossesse, en %, 2008	Suivi de grossesse normale	90,1	96,5	93,3
Taux de sages-femmes, pour 1 000 naissances, 2009-2010	Suivi de grossesse normale	1,30	3,89	1,19
Taux d'hospitalisations anténatales, pour 1 000 naissances, 2009-2010	Suivi de grossesse à risque	10,2	12,1	13,4

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles. À noter que pour le taux de sages-femmes, les tirets représentent des régions où l'Ordre des sages-femmes du Québec ne compte pas de membres.

RETOUR

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	OUTAOUAIS	CÔTE-NORD	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NUNAVIK	
	95,1	97,6	97,7	96,9	97,6	75,4	94,8	96,2	88,0	96,5	84,4	71,1	94,3	–	–	–
	2,36	–	–	2,97	0,08	3,29	–	2,29	3,40	–	–	–	1	–	218,49	–
	18,6	17,7	26,4	55,3	34,2	21,0	12,9	13,8	20,9	21,3	19,0	36,0	22,1	73,1	–	20,4

Tableau R6
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
Accouchement

INDICATEURS*		ESTRIE	MONTRÉAL
Coût moyen par naissance des services hospitaliers associés à l'accouchement, en $, 2009-2010	Accouchement	2 242	1 994	1 935
Coût moyen par naissance des services hospitaliers associés aux nouveaux-nés, en $, 2009-2010		856	877	818
Coût moyen par naissance des services hospitaliers associés aux nouveaux-nés avec complications, en milliers de $, 2009-2010		10,93	7,78	9,51
Taux de lits en soins spécialisés pour les nouveaux-nés, pour 1 000 naissances, 2009-2010		6,4	6,5	6,5
Taux d'heures travaillées (ETC) pour le bloc obstétrical, la maternité et les soins généraux aux nouveau-nés, pour 1 000 naissances, 2009-2010		55,0	49,8	52,2
Taux d'accouchements réalisés par des sages-femmes en maisons de naissance, pour 1 000 naissances, 2009-2010		22,9	81,1	22,1
Taux de rétention des accouchements pour les femmes de la région, en %, 2009-2010		98,7	92,8	95,3
Potentiel d'autosuffisance des accouchements pour les femmes de la région, en %, 2009-2010		119,7	97,8	125,8
Durée moyenne de séjour pour un accouchement par césarienne, en jours, 2009-2010		4,4	4,1	4,2
Taux de congé maternel précoce de l'hôpital après un accouchement par voie vaginale, en %, 2009-2010		16,7	11,0	14,5
Taux de congé maternel précoce de l'hôpital après un accouchement par césarienne, en %, 2009-2010		13,2	15,3	4,0
Taux total d'accouchements assistés (forceps et ventouse obstétricale) parmi les accouchements vaginaux, en %, 2009-2010		17,9	12,2	12,4
Taux de césariennes, en %, 2009-2010		24,5	19,7	25,5
Taux d'anesthésies péridurales dans les accouchements vaginaux, en %, 2009-2010		79,0	65,9	72,3

RETOUR

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	NORD-DE-LA-GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	1 028	1 122	1 051	983	982	1 202	1 030	1 006	1 024	993	872	1 008	1 483	1 137	–	–
	821	856	843	839	824	838	812	823	847	839	801	830	831	870	–	–
	1,89	2,49	2,57	2,18	2,60	3,97	3,06	2,79	2,65	1,92	1,83	2,62	6,15	2,45	3,45	–
	0	0	0	0	0	2,7	2,1	0	4,8	0	0	0	3,3	0	0	–
	56,1	50,0	54,2	53,4	46,5	55,9	60,7	50,7	42,3	77,3	81,6	93,7	–	0	0	–
	60,1	0	0	37,2	0	34,0	0	40,8	76,6	0	0	0	–	0	0	–
	72,0	49,5	62,1	61,5	80,4	97,9	97,7	94,4	94,9	97,9	87,3	84,5	84,5	60,4	48,8	–
	75,1	110,6	70,2	70,8	83,1	104,2	101,5	99,4	95,4	117,8	87,3	84,9	96,2	113,6	48,8	–
	3,6	2,6	3,6	3,7	3,5	4,2	3,9	3,2	3,4	3,9	3,4	4,7	3,9	3,8	0	0
	13,2	1,8	3,4	8,9	11,7	7,5	5,7	12,3	11,6	5,6	5,5	6,0	11,5	5,0	–	–
	6,5	63,7	8,4	9,3	11,5	7,9	6,9	26,2	14,9	13,0	26,2	2,6	11,9	9,1	–	–
	15,0	10,3	10,1	11,7	11,3	18,0	13,9	14,1	12,1	12,4	10,3	9,6	12,6	–	–	–
	25,2	19,7	18,8	21,5	21,8	23,0	19,9	19,8	27,7	21,3	20,4	26,0	23,1	23,5	0	0
	76,7	74,7	76,9	65,2	66,8	44,0	70,2	69,0	63,1	65,0	40,4	47,3	69,5	–	–	–

RETOUR

Tableau R6 (suite)
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
Accouchement

INDICATEURS*		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	
Taux de faibles poids à la naissance, en %, 2009-2010	État de santé des enfants	5,3	5,9	5,9	
Proportion des naissances de poids élevé, en %, 2005-2007		1,3	1,1	1,3	
Taux agrégé de morbidités néonatales secondaires à un syndrome de détresse respiratoire ou une septicémie néonatale, pour 1 000 naissances, 2001-2005		57,6	26,9	26,2	
Proportion des naissances ayant un retard de croissance intra-utérin, en %, 2003-2007		7,4	8,0	9,0	
Proportion des naissances prématurées (moins de 37 semaines de gestation), en %, 2003-2007		7,6	7,8	7,4	
Taux de mortalité périnatale, pour 1 000 naissances, 2003-2007		3,3	2,7	3,2	
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances, 2003-2007		4,2	3,4	3,7	
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances, 2003-2007		5,1	4,4	4,6	

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles

RETOUR

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	5,5	5,9	5,8	5,5	5,5	5,8	5,3	6,1	5,9	7,0	4,9	6,9	5,7	–	–	–
	1,4	1,1	1,0	1,3	1,3	1,1	1,3	1,4	1,8	1,4	2,7	1,3	1,4	–	–	9,4
	41,3	43,4	38,4	30,7	23,5	34,4	32,8	19,9	16,9	27,6	31,3	34,5	32,4	14,1	20,5	26,1
	7,1	8,2	8,1	7,9	7,8	8,0	7,3	8,1	8,2	8,1	6,7	8,8	8,1	8,9	5,7	2,0
	7,4	7,5	8,4	7,7	7,7	7,5	7,4	7,5	7,4	10,0	8,8	9,0	7,7	7,9	10,5	8,5
	2,9	3,7	2,6	2,8	2,9	3,0	3,4	3,5	3,1	2,0	2,9	3,7	3,1	–	6,3	5,2
	3,7	4,2	3,3	3,6	3,3	3,8	3,9	4,0	3,6	2,7	3,9	4,5	3,7	–	9,8	6,7
	4,6	5,1	4,1	4,5	4,1	4,6	5,1	5,4	4,7	3,4	5,1	5,9	4,7	–	18,8	11,4

Tableau R7
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
0-5 ans

INDICATEURS*			ESTRIE	
Coût moyen des services dentaires pour 1 000 enfants de 0 à 4 ans, en milliers de $, 2008		10,6	10,6	14,6
Taux d'utilisation des services dentaires, pour 1 000 enfants de 0 à 4 ans, 2008		247	233	293
Proportion des enfants de 0 à 5 ans recevant en CSSS leur 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib (Pentacel) à l'intérieur de deux semaines du moment prévu au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), en %, 2010-2011	Suivi régulier	57,9	60,5	74,5
Proportion des enfants de 0 à 5 ans recevant en CSSS leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C à l'intérieur de deux semaines du moment prévu au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), en %, 2010-2011		41,9	42,2	51,8

RETOUR

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE DU QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	12,1	14,1	13,8	12,6	13,3	15,1	14,3	11,1	9,0	17,4	28,2	13,5	13,2	11,4	7,3	–
	281	302	294	280	290	342	333	255	198	388	580	322	285	267	129	–
	66,2	84,9	85,7	54,4	63,5	69,1	86,6	65,9	72,2	85,1	75,6	83,9	70,3	90,9	–	–
	45,4	58,3	66,7	46,3	40,6	47,9	70,3	41,7	53,2	67,2	51,0	65,6	50,2	85,2	–	–

Tableau R7 (suite)
Tableau de données comparatives interrégionales
0-5 ans

INDICATEURS*		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	
Taux de pédiatres (ETC), pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, 2009		1,09	1,18	1,36	
Taux de lits de courte durée en pédiatrie (santé physique), pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, 2009-2010		2,15	1,69	3,52	
Taux de lits de courte durée en pédopsychiatrie, pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, 2009-2010		0,77	0,32	1,01	
Taux d'hospitalisations en soins de courte durée (santé physique), pour 1 000 enfants de 0 à 1 an, 2009		386	383	200	
Taux d'hospitalisations en soins de courte durée (santé physique), pour 1 000 enfants de 1 à 5 ans, 2009		30,5	29,2	19,0	
Taux de chirurgies d'un jour, pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, 2009	Problèmes chroniques et aigus de santé physique et mentale	55,1	31,8	35,1	
Taux de chirurgies avec hospitalisation, pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, 2009		16,1	5,8	17,7	
Taux d'usagers bénéficiant des services de santé physique en phase postopératoire en CSSS, pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, 2009-2010		2,9	2,5	1,1	
Taux de rétention des services hospitaliers pour les enfants de 0 à 5 ans, en %, 2009-2010		95,5	88,9	95,8	
Potentiel d'autosuffisance des services hospitaliers pour les enfants de 0 à 5 ans, en %, 2009-2010		149,1	107,5	179,8	
Durée moyenne de séjour des enfants de 0 à 5 ans hospitalisés pour maladies et troubles de l'appareil respiratoire, en jours, 2009-2010		3,1	3,1	4,8	
Durée moyenne de séjour des enfants de 0 à 5 ans hospitalisés pour maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche, de la gorge et des os cranio-faciaux, en jours, 2009-2010		2,6	2,5	2,8	

RETOUR

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	0,86	1,26	0,96	1,12	1,05	1,05	1,03	0,86	0,61	1,58	0,74	1,12	1,11	0,60	1,04	0,55
	1,46	0,78	1,01	0,89	0,72	3,00	3,39	2,78	0,77	3,10	3,95	0,45	1,99	–	–	–
	0,31	0	0,34	0	0,15	0	0,64	0	0,90	0	0	1,34	0,47	0	0	–
	472	282	455	323	347	367	608	477	232	698	722	540	343	562	1 234	954
	40,0	19,7	32,6	29,9	26,8	27,3	55,5	47,0	18,8	49,5	43,2	47,0	28,7	47,3	134,5	41,5
	44,5	15,8	25,6	13,9	19,3	27,2	32,9	56,8	16,4	27,7	17,2	23,5	30,5	9,3	4,6	–
	3,7	1,1	1,5	1,8	1,5	2,5	4,2	3,1	2,1	3,6	2,2	2,9	7,3	0	10,4	0
	3,4	0,9	0,7	1,1	1,3	1,6	1,9	4,6	2,4	2,2	0,6	1,8	1,7	0	–	–
	65,1	52,0	63,8	58,1	65,7	78,6	90,0	81,1	91,4	92,2	77,4	77,0	78,2	58,7	80,0	31,4
	67,7	87,4	68,3	64,9	67,4	83,2	97,0	84,7	92,3	100,4	78,5	80,0	93,9	170,2	80,0	33,7
	2,2	2,2	2,2	2,0	2,4	3,6	2,5	2,2	3,1	2,5	2,7	2,2	3,0	2,8	3,5	2,6
	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,7	1,7	1,6	1,7	2,1	2,0	1,5	2,0

Tableau R7 (suite)
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
0-5 ans

INDICATEURS*		RÉGIONS DE RÉFÉRENCE			
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	D
Nombre moyen de visites à domicile réalisées par semaine dans le cadre du programme SIPPE des CSSS, pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, 2010-2011	Clientèle en contexte de vulnérabilité	219	383	84	
Taux d'enfants inscrits dans un centre de réadaptation en déficience physique, pour 1 000 enfants de 0 à 4 ans, 2009-2010	Déficiences physiques	28,6	23,4	25,6	
Taux d'usagers des services du programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement des CSSS, pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, 2009-2010	Déficience intellectuelle et TED	3,4	4,0	10,4	
Taux d'usagers des services d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA (Approche behaviorale appliquée), pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, 2007-2008		1,4	1,1	2,3	
Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI), par enfant de 0 à 5 ans, 2007-2008		11,7	10,7	15,2	
Taux d'enfants hébergés par les centres jeunesse, pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, 2009-2010	Jeunes en difficulté	6,6	6,4	5,9	
Taux d'usagers des services du programme Jeunes en difficulté des CSSS, pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, 2009-2010		69,1	58,6	24,9	
Nombre moyen de jours-présence par enfant de 0 à 5 ans placé par les centres jeunesses, 2009-2010		209	178	220	
Nombre moyen d'interventions du programme Jeunes en difficulté des CSSS, par usager de 0 à 5 ans, 2009-2010		5,2	6,1	5,8	
Taux de mortalité, pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans, 2003-2007	Ensemble des enfants	124	112	114	
Taux d'allaitement maternel standardisé pour une durée de 6 mois ou plus, en %, 2005-2006		45,1	47,4	60,8	

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles

RETOUR

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	195	163	267	120	190	112	220	124	171	129	147	71	154	96	–	–
	31,7	19,2	51,7	–	29,4	12,8	36,3	26,8	20,4	37,6	75,1	31,9	28,9	–	–	–
	4,2	7,5	3,3	4,4	4,1	2,4	4,5	5,6	3,7	3,3	1,6	4,5	5,8	9,3	–	–
	1,4	2,0	2,6	1,1	1,8	1,7	1,9	1,8	1,1	1,0	1,7	2,6	1,8	–	–	–
	12,0	13,9	10,3	13,7	12,9	16,7	15,8	14,1	21,8	8,7	10,2	13,2	13,8	–	–	–
	4,9	2,6	4,5	5,9	4,0	5,8	9,0	10,3	6,8	18,5	7,4	12,1	6,0	0	0	0
	60,2	17,0	29,6	27,8	19,1	43,2	69,2	82,0	56,3	83,7	46,9	68,4	38,9	100,0	–	–
	193	165	207	227	234	152	168	195	195	190	206	192	206	0	0	0
	4,3	5,0	4,2	5,0	5,3	5,2	3,6	5,4	6,1	4,2	7,0	5,7	5,2	9,2	–	–
	113	117	106	104	96	104	130	129	105	78	113	134	113	–	492	306
	36,4	44,2	36,1	45,1	43,4	45,7	29,8	39,1	49,1	36,5	22,4	34,8	46,7	30,7	–	–

Tableau R8
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
Caractéristiques sociodémographiques

INDICATEURS*		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	
Dépenses pour les organismes communautaires régionaux (contraception, allaitement, périnatalité et famille) par habitant, en $, 2009-2010	Ressources financières et humaines	0,17	2,20	0,23	
Taux de médecins gynéco-obstétriciens, pour 100 000 femmes de 15 à 44 ans, 2008		35	28	42	
Taux d'enfants handicapés, pour 1 000 enfants de 0 à 17 ans, 2009		21,1	25,2	22,9	
Taux de grossesses, pour 1 000 femmes de 14 à 49 ans, 2003-2007	Population et fécondité	51,0	56,7	69,9	
Indice synthétique de fécondité, 2009		1,6	1,7	1,5	
Âge moyen de la mère à la naissance, en années, 2009		30,2	29,0	31,2	
Proportion de la population de 0 à 4 ans par rapport à la population totale, en %, 2010		4,9	5,3	5,7	

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	1,30	0,95	0,11	0,76	1,81	–	1,97	0,72	0,38	1,01	–	1,14	0,96	2,60	–	–
	20	17	19	17	19	32	31	27	10	48	33	58	28	–	–	14
	21,5	23,5	27,2	23,9	24,9	21,0	25,0	22,4	19,9	19,1	22,3	26,4	23,3	20,5	9,0	14,2
	53,8	62,2	56,0	57,9	58,7	46,3	50,8	51,8	58,4	52,3	57,4	42,4	59,5	55,8	128,5	120,3
	2,0	1,8	2,0	1,9	1,8	1,7	1,9	1,7	1,8	2,1	2,0	1,7	1,7	2,9	–	–
	29,2	30,9	28,9	29,2	29,5	28,9	28,5	28,6	29,0	27,9	27,9	29,1	29,8	26,6	–	–
	5,6	5,6	5,6	5,5	5,5	5,0	5,0	4,8	5,6	5,5	5,9	4,1	5,4	10,7	–	–

RETOUR

Les constats et les questionnements

RETOUR

> Les constats et les questionnements

L'EXAMEN D'UN VASTE ENSEMBLE D'INDICATEURS, MALGRÉ TOUTES LES LIMITES QU'UN TEL EXERCICE COMPORTE, A PERMIS D'OBSERVER DES ASPECTS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUI MÉRITENT D'ÊTRE AMÉLIORÉS OU ENCORE QUI REPRÉSENTENT DES EXEMPLES POSITIFS POUR L'AMÉLIORATION DE SA PERFORMANCE. LES DONNÉES ISSUES DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX OU RELATIVES À LA SANTÉ DES POPULATIONS ÉVOLUENT DE MANIÈRE GRADUELLE, SANS PRÉCIPITATION, AU FIL DU TEMPS, CE QUI EXPLIQUE LE FAIT DE TROUVER DES CONSTATS SIMILAIRES À CEUX POSÉS DANS LES DEUX DERNIERS RAPPORTS D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE PRODUITS PAR LE COMMISSAIRE. EN TOUT ÉTAT DE CAUSE, CELA VIENT VALIDER LA PERSISTANCE DES ENJEUX ABORDÉS DANS NOS RAPPORTS PRÉCÉDENTS.

Nous rappelons que ces constats cherchent avant tout à alimenter la réflexion sur la performance du système de santé et de services sociaux. Ils seront donc interprétés à la lumière d'informations répertoriées précédemment et, dans certains cas, des pistes de réflexion seront amenées. Les constats liés à la périnatalité et à la petite enfance viendront aussi mettre l'accent sur des réalités observées à partir des données recueillies sur ce thème. Évidemment, ces constats constituent des repères s'inscrivant dans la démarche globale d'appréciation de la performance du Commissaire, qui inclut aussi la réalisation d'un état de situation, de même que la consultation d'experts, de décideurs et de citoyens.

RETOUR

> LES CONSTATS ET LES QUESTIONNEMENTS À PROPOS DE LA PERFORMANCE GLOBALE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

En ce qui concerne l'appréciation globale de la performance, l'ensemble des indicateurs à l'étude est demeuré relativement stable depuis l'an dernier, ce qui permet de déceler une amélioration de la position du Québec par rapport à la balise. Le Québec, durant la période étudiée, a effectué un rattrapage lui permettant de gagner une ou deux positions pour deux des trois grandes fonctions étudiées. C'est donc dire que le Québec s'est non seulement amélioré dans l'absolu, mais qu'il l'a également fait à un rythme supérieur à celui d'autres provinces. Cette amélioration pourrait également s'expliquer en partie par une moins bonne performance de certaines autres provinces canadiennes. Malgré l'amélioration de la position du Québec relativement aux autres provinces, il est clair que le constat émis l'an dernier reste inchangé : la performance d'ensemble du Québec demeure encore cette année sous la moyenne canadienne. En effet, si le Québec termine au 3e rang pour l'atteinte des buts, il obtient un 8e et un 10e rang pour les fonctions de production et d'adaptation.

LE QUÉBEC, DURANT LA PÉRIODE ÉTUDIÉE, A EFFECTUÉ UN RATTRAPAGE LUI PERMETTANT DE GAGNER UNE OU DEUX POSITIONS POUR DEUX DES TROIS GRANDES FONCTIONS ÉTUDIÉES. LA PERFORMANCE D'ENSEMBLE DU QUÉBEC DEMEURE ENCORE CETTE ANNÉE SOUS LA MOYENNE CANADIENNE. EN EFFET, SI LE QUÉBEC TERMINE AU 3E RANG POUR L'ATTEINTE DES BUTS, IL OBTIENT UN 8E ET UN 10E RANG POUR LES FONCTIONS DE PRODUCTION ET D'ADAPTATION.

La structuration des ressources dans un contexte de rationalisation des dépenses publiques

Pour assurer une bonne performance du système de santé et de services sociaux, l'acquisition et la structuration des ressources[9] constituent des facteurs-clés. Par ailleurs, tel qu'il a été mentionné dans les derniers rapports d'appréciation, les modes d'organisation des ressources et, de façon générale, la structuration optimale du système représentent toujours une source potentielle d'amélioration.

9. Par structuration des ressources, nous entendons la manière dont les ressources sont organisées et coordonnées pour répondre adéquatement aux besoins de la population.

CE NIVEAU DE DÉPENSES N'ÉQUIVAUT PAS POUR AUTANT À UNE MAUVAISE PERFORMANCE OU À DES SOINS DE MOINDRE QUALITÉ, PUISQUE LA PERFORMANCE EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ DÉPEND DE PLUSIEURS VARIABLES, DONT L'ORGANISATION DES SOINS, L'EFFICIENCE DE LA GESTION DES FONDS PUBLICS ET LE CHOIX DES PROCESSUS POUR PRODUIRE LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX.

Le Québec est la province canadienne qui enregistre les taux de dépenses par personne les plus bas en santé – dépenses publiques ou dépenses publiques et privées confondues –, bien que ces dépenses, à l'instar de ce qui est observé un peu partout dans le monde, croissent désormais à un rythme important (une croissance annuelle moyenne de 6,6% pour le Québec et de 7,0% pour le Canada de 2000 à 2009). Ce niveau de dépenses n'équivaut pas pour autant à une mauvaise performance ou à des soins de moindre qualité, puisque la performance en matière de soins de santé dépend de plusieurs variables, dont l'organisation des soins, l'efficience de la gestion des fonds publics et le choix des processus pour produire les services de santé et les services sociaux. De plus, dans un contexte de rationalisation des dépenses publiques, il devient nécessaire de porter une attention sur la manière dont sont dépensés les budgets alloués. Ainsi définie, la performance en adaptation ne se juge pas principalement en fonction des ressources financières allouées, mais par la capacité de coordonner et de répartir ces ressources pour assurer une cohérence entre l'offre de services, les besoins de la population et la pérennité du système.

CETTE RÉFLEXION, DANS UN CONTEXTE QUI ÉVOLUE CONSTAMMENT, NÉCESSITE UNE CAPACITÉ D'ADAPTATION ACCRUE, ELLE-MÊME LIÉE À L'AMÉLIORATION DE LA CULTURE DE LA PERFORMANCE DANS LE RÉSEAU.

En ce qui concerne la capacité du système à mettre en place des structures permettant de répondre aux besoins de la population, il s'avère que certains domaines sont plus préoccupants que d'autres. Par exemple, l'informatisation des données médicales présente du retard. Cela fait d'ailleurs écho aux données d'enquêtes recueillies auprès des médecins de première ligne, publiées par le Commissaire en collaboration avec le Commonwealth Fund : « le Québec est l'endroit où l'utilisation de dossiers médicaux électroniques est la moins répandue » (CSBE, 2010b, p. 21). Or, l'informatisation des données médicales est une voie aujourd'hui privilégiée, car quand elle est adéquatement mise en place, elle facilite l'uniformité dans les structures et les processus. Il est reconnu que ces éléments favorisent une bonne coordination des soins offerts à la population et une réponse plus adaptée du système à ses besoins. Les gains obtenus par l'informatisation permettent également d'espérer une meilleure allocation des ressources. Cette réflexion, dans un contexte qui évolue constamment, nécessite une capacité d'adaptation accrue, elle-même liée à l'amélioration de la culture de la performance dans le réseau. C'est à cette culture que le Vérificateur général du Québec faisait allusion dans son rapport annuel de 2010, lorsqu'il mentionnait les retards d'implantation de manière uniforme (Vérificateur général du Québec, 2011). Il y a donc place à l'amélioration tant du côté de la coordination des initiatives de mesure de la performance au sein des organismes et des instruments utilisés pour l'évaluer que du côté du transfert des connaissances générées par les processus d'évaluation de la performance.

RETOUR

L'accessibilité à des services de qualité pour tous

Il va sans dire que les conséquences des lacunes organisationnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux se répercutent sur le plan de la production des soins et services. C'est alors la capacité du système à produire des services de qualité en quantité suffisante et à garantir un accès à la fois raisonnable et équitable pour tous qui s'en trouve affectée. Comme nous l'avons observé dans le passé, le Québec se caractérise par de longs délais pour obtenir un rendez-vous avec un médecin ou une consultation à l'urgence (CSBE, 2009b). Parallèlement, notre analyse nous permet de constater que le Québec obtient des résultats peu enviables par rapport à l'ensemble canadien, autant en matière d'accessibilité des services préventifs (9e rang) que d'accessibilité des services chirurgicaux (10e rang). La question de l'accessibilité des services chirurgicaux est toutefois complexe, puisqu'elle serait principalement imputable au faible volume de chirurgies effectuées.

Bien qu'un certain rattrapage ait été effectué dans les dernières années, ce qui a tranquillement rapproché le rendement du Québec à celui des autres provinces, la problématique des temps d'attente demeure. Selon les enquêtes populationnelles réalisées pour le Commissaire, « l'attente pour recevoir des soins de santé est un problème récurrent au Canada et encore plus criant au Québec [...] Cette problématique d'accès entraîne, évidemment, une surutilisation des urgences » (CSBE, 2011, p. 18-19), ce qui crée un embouteillage dans ces services. Là comme ailleurs, l'amélioration des temps d'attente passe entre autres par une restructuration des ressources, comme nous le mentionnions plus tôt, notamment par une informatisation des données médicales, de même que par une meilleure utilisation des ressources humaines, financières et matérielles.

Malgré tout, la productivité du Québec continue de croître, ce qui laisse penser que, si les efforts sont soutenus pour cet aspect précis, elle pourrait rejoindre la moyenne canadienne d'ici quelques années. La qualité des services offerts à la population se maintient, quant à elle, dans une position relativement favorable, même si nous observons un léger fléchissement de la performance à cet égard, comme c'est le cas pour l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques. Cela surprend peu dans la mesure où nombre de Québécois éprouvent de la difficulté à se trouver un médecin de famille. Pour cet indicateur, le Québec est encore cette année bon dernier. Étant donné que le médecin de famille représente souvent l'élément qui permet d'assurer une coordination efficace des soins et services, il est difficile d'espérer un revirement de situation tant que ce préalable n'aura pas été corrigé. Selon les données d'enquêtes populationnelles, l'accès au médecin de famille se caractérise principalement par un faible niveau d'affiliation à un médecin de famille, des difficultés pour les usagers d'entrer en contact avec leur médecin ainsi que par un haut taux de fréquentation des urgences des hôpitaux, à défaut de pouvoir consulter un médecin de famille ou d'avoir accès à des services de première ligne adéquats au moment opportun (CSBE, 2009b).

LA PRODUCTIVITÉ DU QUÉBEC CONTINUE DE CROÎTRE, CE QUI LAISSE PENSER QUE, SI LES EFFORTS SONT SOUTENUS POUR CET ASPECT PRÉCIS, ELLE POURRAIT REJOINDRE LA MOYENNE CANADIENNE D'ICI QUELQUES ANNÉES.

CERTAINS DOMAINES LAISSENT ENTREVOIR DES POSSIBILITÉS DE GAINS CONSIDÉRABLES, NOTAMMENT EN MATIÈRE DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES.

Bien entendu, cela peut générer des temps d'attente liés à des incidents qui n'ont pas pu être évités, faute d'avoir une première ligne de soins prompte à agir (CSBE, 2009a). À titre d'exemple, certains domaines laissent entrevoir des possibilités de gains considérables, notamment en matière de gestion des maladies chroniques. En effet, la prévention des maladies chroniques, qui se réalise en première ligne avec le concours d'un médecin de famille, contribue à l'amélioration des temps d'attente au sein des services de deuxième ligne. Les données recueillies tendent aussi à démontrer que les temps d'attente pourraient être réduits en regard des examens nécessitant des technologies médicales (tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique). En effet, même si le Québec dispose d'un plus grand nombre de ces appareils par personne que la moyenne canadienne, leur intensité d'utilisation est généralement plus faible qu'ailleurs au pays (7e rang).

La santé de la population : le reflet des résultats du système ?

LA DIMENSION DE L'ATTEINTE DES BUTS COMPORTE DEUX PARTICULARITÉS : L'ASPECT LONGITUDINAL ET L'INFLUENCE MULTIFACTORIELLE.

L'atteinte des objectifs que le système de santé et de services sociaux s'est fixés se mesure par l'efficacité au sein des différents champs de pratique, mais aussi par la satisfaction de la population et l'équité. La dimension de l'atteinte des buts comporte deux particularités : l'aspect longitudinal (effets d'actions entreprises il y a quelques années) et l'influence multifactorielle (facteurs biologiques et génétiques, conditions socioéconomiques et environnement physique).

Les constats en atteinte des buts ressemblent à ceux de l'an dernier. D'abord, en ce qui concerne les morbidités, le Québec se démarque toujours favorablement pour le traitement des maladies du système circulatoire, mais défavorablement pour la morbidité par cancer. Le rapport d'appréciation publié l'an dernier par le Commissaire soulignait que le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer colorectal étaient les plus importants à surveiller en matière de mortalité (CSBE, 2010a). Rappelons aussi que le suicide pose toujours un défi au Québec, puisqu'il obtient le dernier rang à l'échelle canadienne. La majorité des problèmes de santé mentale (et des coûts qu'ils engendrent) sont toutefois liés aux troubles de l'humeur, aux troubles anxieux et aux troubles psychotiques (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Il convient donc de parfaire notre mesure dans ce domaine. Le thème de la santé mentale fera d'ailleurs l'objet du prochain rapport d'appréciation du Commissaire.

> LES CONSTATS ET LES QUESTIONNEMENTS À PROPOS DE LA PÉRINATALITÉ ET DE LA PETITE ENFANCE

Dans le cadre de l'analyse de la performance concernant le thème du présent rapport, nous avons été confrontés à la difficulté que représente le manque de disponibilité d'indicateurs de qualité relatifs à la périnatalité et à la petite enfance. Plus précisément, peu de données étaient disponibles pour illustrer entre autres la catégorie du suivi de grossesse. L'analyse effectuée permet tout de même d'émettre certains constats.

NOUS AVONS ÉTÉ CONFRONTÉS À LA DIFFICULTÉ QUE REPRÉSENTE LE MANQUE DE DISPONIBILITÉ D'INDICATEURS DE QUALITÉ RELATIFS À LA PÉRINATALITÉ ET À LA PETITE ENFANCE.

Au niveau provincial, dans la catégorie relative aux accouchements, le Québec présente le taux d'anesthésies péridurales le plus élevé au Canada. Ces dernières sont pratiquées dans 69,5 % des accouchements vaginaux dans notre province. Exception faite de cet indicateur, le Québec se situe dans la moyenne pour cette catégorie d'indicateurs. Il faut aussi mentionner que le Québec fait bonne figure par rapport au reste du Canada pour l'état de santé des enfants à la naissance. Ses forts résultats, de même que son classement parmi les meilleures des dix provinces, sinon la meilleure, lui valent d'occuper une position enviable dans ce domaine. Pour la catégorie des enfants de 0 à 5 ans, il faut être très prudent avant d'en venir à des conclusions précises, puisque seulement trois indicateurs concourent à situer le Québec vis-à-vis des autres provinces. Toutefois, ces indicateurs montrent qu'il y aurait lieu pour le Québec de s'améliorer en la matière.

LE QUÉBEC PRÉSENTE LE TAUX D'ANESTHÉSIES PÉRIDURALES LE PLUS ÉLEVÉ AU CANADA.

Pour ce qui est de la comparaison entre les différentes régions du Québec, pour la période prénatale, le taux de sages-femmes varie beaucoup d'une région à l'autre et plusieurs régions ne bénéficient toujours pas de ce type de services. De plus, les comparaisons interrégionales pour l'accouchement démontrent que les coûts liés à l'accouchement sont beaucoup plus élevés dans les régions universitaires, à cause des soins spécialisés et de l'expertise, qui sont spécifiques à ces régions. L'effet d'attraction des pôles universitaires fait en sorte que le taux de rétention et le potentiel d'autosuffisance des régions en périphérie des régions universitaires sont plus bas que ceux des autres régions. Autre fait marquant, la proportion des naissances prématurées est plus élevée dans les régions isolées et éloignées. Les taux de mortalité périnatale, néonatale et infantile sont aussi plus élevés dans les régions isolées et en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

LES COÛTS LIÉS À L'ACCOUCHEMENT SONT BEAUCOUP PLUS ÉLEVÉS DANS LES RÉGIONS UNIVERSITAIRES, À CAUSE DES SOINS SPÉCIALISÉS ET DE L'EXPERTISE, QUI SONT SPÉCIFIQUES À CES RÉGIONS.

En ce qui a trait à la catégorie des problèmes chroniques et aigus de santé physique et mentale, les régions universitaires présentent des taux de chirurgies plus élevés qu'ailleurs au Québec. Le taux de rétention et le potentiel d'autosuffisance des services hospitaliers pour les enfants de 0 à 5 ans se démarquent de la même manière. Il en va également de même pour la durée moyenne de séjour des enfants de 0 à 5 ans hospitalisés pour maladies et troubles de l'appareil respiratoire ou pour maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche, de la gorge et des os cranio-faciaux.

RETOUR

Par ailleurs, le taux d'usagers des services du programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement des centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans montre que les régions de Montréal, de Laval et du Nord-du-Québec utilisent davantage ce programme. Les données ne permettent toutefois pas de déterminer si cet état de fait découle d'une plus grande disponibilité des services dans ces régions ou d'une utilisation plus intense. Dans la catégorie relative aux jeunes en difficulté, le taux d'enfants hébergés par les centres jeunesse et le taux d'usagers des services du programme Jeunes en difficulté des CSSS sont généralement plus hauts dans les régions intermédiaires et éloignées qu'ailleurs au Québec. Cependant, le nombre de jours ou d'interventions n'est pas caractérisé par des chiffres élevés dans ces régions. Finalement, il est important d'évoquer les données concernant le taux standardisé d'allaitement maternel pour une durée de 6 mois ou plus. La région de Montréal a le taux le plus élevé du Québec avec 60,8 %. Malgré cela, quelques régions enregistrent des taux inférieurs à 30 %, ce qui est le cas de la Côte-Nord et du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Cette donnée témoigne d'une grande disparité quant à cette pratique entre les différentes régions du Québec.

Les principaux constats et questionnements

Performance d'ensemble

- La performance du système de santé et de services sociaux du Québec se situe sous la moyenne canadienne à nouveau cette année.
- La position du Québec s'améliore pour plusieurs indicateurs, et ce, plus rapidement que celle des autres provinces.
- De grandes variations quant à la performance des régions du Québec sont observées en regard des différents indicateurs analysés, de manière encore plus marquée pour la périnatalité et la petite enfance.

Adaptation

- Le Québec se démarque par un faible niveau de dépenses pour le système de santé et de services sociaux et une quantité de ressources humaines plus élevée que la moyenne canadienne.
- L'informatisation des données médicales demeure un défi de taille pour le Québec.

Production

- Bien qu'un certain rattrapage ait été effectué en matière d'atteinte de la balise, la problématique des temps d'attente persiste.
- La productivité du Québec continue de croître, ce qui laisse penser que le Québec pourrait rejoindre la moyenne canadienne d'ici quelques années.
- Le Québec demeure en dernière position en ce qui concerne la proportion de la population ayant un médecin de famille.
- Malgré la présence d'un bon nombre d'appareils utilisant des technologies médicales (tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique), leur utilisation pourrait être optimisée dans plusieurs régions de la province.

Atteinte des buts

- Le Québec se démarque favorablement pour le traitement des maladies du système circulatoire, mais les taux de mortalité liés au cancer constituent toujours un défi à relever.
- Le Québec obtient de bons résultats quant à la perception de la population à l'égard de la santé mentale, mais la problématique du suicide y demeure préoccupante.

Périnatalité et petite enfance

- Le Québec fait bonne figure par rapport au Canada pour l'ensemble des suivis de grossesse et l'accouchement, mais il y a place à l'amélioration en matière de santé des enfants de 0 à 5 ans.
- Le taux de sages-femmes fluctue beaucoup d'une région à l'autre et plusieurs régions ne bénéficient toujours pas de ce type de services.
- Le taux standardisé d'allaitement maternel varie énormément d'une région à l'autre, ce qui témoigne de grandes différences dans les pratiques entre les différentes régions du Québec.

RETOUR

RETOUR

Conclusion

RETOUR

> Conclusion

TOUT AU LONG DE CE DOCUMENT, NOUS AVONS PU COMPARER LES DIFFÉRENTS RÉSULTATS DE BALISAGE OBTENUS PAR LES RÉGIONS QUÉBÉCOISES, PAR LE QUÉBEC AU SEIN DU CANADA OU ENCORE PAR LE CANADA SUR LA SCÈNE INTERNATIONALE. NOUS NOUS SOMMES PERMIS DE SOULIGNER LES RÉSULTATS LES PLUS MARQUANTS EN TENTANT D'APPORTER UN ÉCLAIRAGE PERMETTANT D'EXPLIQUER CES RÉSULTATS LORSQUE CELA ÉTAIT POSSIBLE. POUR D'AUTRES RÉSULTATS, LES VARIATIONS S'EXPLIQUENT PLUS DIFFICILEMENT ET LA CONNAISSANCE DES ACTEURS DU DOMAINE DE LA SANTÉ S'AVÈRE NÉCESSAIRE POUR DÉCRIRE CES SITUATIONS COMPLEXES, SOUVENT MULTIFACTORIELLES, QUI CARACTÉRISENT PLUSIEURS PHÉNOMÈNES OBSERVABLES À PARTIR DES DONNÉES RECUEILLIES.

L'ANALYSE DES INDICATEURS DOIT ÊTRE MISE EN RELIEF AVEC LA DÉMARCHE D'APPRÉCIATION GLOBALE DE LA PERFORMANCE DU COMMISSAIRE.

L'analyse des indicateurs présentés constitue un regard sur une situation qui appelle une réflexion tournée vers l'action. Or, comme nous l'avons maintes fois constaté, cette analyse peut nous guider vers des pistes de solution, mais uniquement si elle s'inscrit de manière cohérente dans une réflexion plus large, incluant d'autres sources d'informations. C'est dans cette perspective que l'analyse des indicateurs doit être mise en relief avec la démarche d'appréciation globale de la performance du Commissaire. Au sein d'une telle démarche se côtoient des sources de connaissances provenant d'experts de la santé et des services sociaux, de décideurs œuvrant concrètement dans le milieu et de citoyens ayant à cœur l'amélioration des soins de santé et des services sociaux au Québec.

Le souhait du Commissaire est que l'information transmise ici sur la périnatalité et la petite enfance permette de mieux comprendre les enjeux dans ce domaine. Nous espérons également que la quantité d'informations disponibles et leur qualité puissent faire avancer la réflexion sur ce thème et sensibiliser les acteurs à la nécessité d'améliorer nos mesures des diverses facettes de la performance en périnatalité et en petite enfance, que ce soit en matière d'état de santé, d'efficacité des soins ou de qualité.

RETOUR

Annexe

RETOUR

> Analyse régionale détaillée

L'ANALYSE RÉGIONALE DÉTAILLÉE VISE PRINCIPALEMENT À FOURNIR DES INFORMATIONS SUR LES RÉGIONS DU QUÉBEC EN DÉCRIVANT LEUR PERFORMANCE À TRAVERS LEUR REGROUPEMENT RESPECTIF ET EN SOULIGNANT QUELQUES FAITS SAILLANTS POUR CHACUNE DES RÉGIONS. L'INTÉRÊT DE CET EXERCICE EST AVANT TOUT D'APPORTER UN REGARD PLUS PRÉCIS POUR CHACUNE DES RÉGIONS AFIN DE DÉTERMINER LES ÉLÉMENTS QUI MÉRITENT UNE PLUS GRANDE INVESTIGATION DE LA PART DES ACTEURS DE LA SCÈNE RÉGIONALE. LE CHOIX DES GRAPHIQUES REPRÉSENTANT UNE SOUS-DIMENSION DE LA PERFORMANCE VARIE D'UNE RÉGION À L'AUTRE ET IL CORRESPOND DAVANTAGE À UNE ILLUSTRATION D'UN RÉSULTAT INTÉRESSANT PLUTÔT QU'À UNE INDICATION QUANT AUX INDICATEURS JUGÉS PRIORITAIRES.

RETOUR

Nous rappelons que l'ensemble des graphiques de balisage produits pour chacune des régions, dans le cadre de l'analyse des indicateurs liés à la performance du système de santé et de services sociaux du Québec, se trouve dans le site Internet du Commissaire (www.csbe.gouv.qc.ca) dans la section *Statistiques*, sous la rubrique *Graphiques*. Pour bien comprendre les informations contenues dans les graphiques et les résultats présentés, vous pouvez consulter le document intitulé *L'analyse des indicateurs de monitorage : complément méthodologique*, disponible sous la rubrique *Documents complémentaires*.

RÉGIONS UNIVERSITAIRES

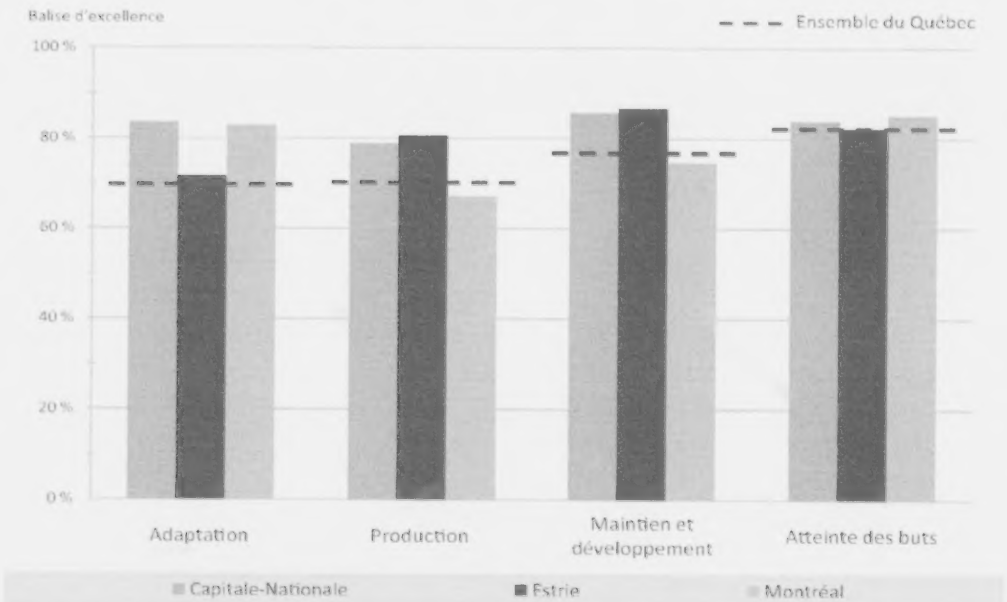
(CAPITALE-NATIONALE, ESTRIE, MONTRÉAL)

APERÇU GLOBAL

FONCTIONS ET SOUS-DIMENSIONS	CAPITALE-NATIONALE		ESTRIE		MONTRÉAL	
	Résultat	Rang	Résultat	Rang	Résultat	Rang
Acquisition de ressources financières	92,2 %	3	77,5 %	7	98,2 %	1
Acquisition de ressources humaines	87,8 %	1	73,4 %	4	84,6 %	2
Acquisition de ressources d'infrastructures	85,2 %	2	74,6 %	8	98,2 %	1
Innovations technologiques	75,4 %	5	54,8 %	13	57,2 %	11
Adaptation aux besoins de la population	94,8 %	3	92,6 %	6	87,4 %	14
Mobilisation de la communauté	54,4 %	11	54,9 %	9	54,7 %	10
Attraction des clientèles	94,3 %	2	72,3 %	3	99,3 %	1
Adaptation	83,3 %	1	71,4 %	8	82,8 %	3
Accessibilité des services médicaux et diagnostiques	83,4 %	2	78,4 %	7	62,2 %	15
Accessibilité des services préventifs	87,8 %	5	88,7 %	2	81,7 %	15
Accessibilité des services d'orientation	91,9 %	4	86,1 %	10	77,6 %	14
Accessibilité des services sociaux	67,2 %	2	39,8 %	15	55,9 %	5
Accessibilité des services d'urgence	53,7 %	10	92,0 %	2	37,8 %	11
Accessibilité des services chirurgicaux	85,9 %	4	78,7 %	11	79,6 %	10
Qualité	78,0 %	8	88,6 %	2	64,4 %	14
Productivité	82,9 %	9	92,4 %	1	78,1 %	12
Production	78,8 %	6	80,6 %	5	67,2 %	15
Statut d'emploi	95,2 %	3	93,9 %	5	94,8 %	4
Formation	86,8 %	2	66,4 %	8	60,9 %	10
Utilisation des ressources humaines	77,6 %	5	83,7 %	4	46,8 %	14
Santé des professionnels	92,1 %	6	94,2 %	4	100,0 %	1
Stabilité du personnel	76,2 %	9	94,9 %	1	70,3 %	13
Maintien et développement	85,6 %	2	86,6 %	1	74,6 %	12
Efficacité – santé globale	99,3 %	1	96,5 %	5	95,9 %	9
Efficacité – facteurs de risque	86,2 %	6	90,7 %	1	89,4 %	3
Efficacité – santé maternelle et infantile	81,3 %	6	78,4 %	7	70,6 %	14
Efficacité – santé mentale	75,4 %	4	73,0 %	9	86,5 %	2
Efficacité – traumatismes	73,2 %	3	58,4 %	10	89,5 %	1
Efficacité – morbidités	89,5 %	4	93,1 %	3	87,6 %	6
Satisfaction globale	98,3 %	3	97,1 %	7	93,2 %	14
Équité	67,9 %	12	69,8 %	9	68,7 %	11
Atteinte des buts	83,9 %	6	82,1 %	9	85,2 %	3

RETOUR

Les régions universitaires présentent dans l'ensemble un portrait de performance caractérisé par une capacité d'acquisition de ressources se situant au-dessus de la moyenne québécoise, surtout en ce qui concerne les deux régions ayant la plus grande densité urbaine, soit Montréal et la Capitale-Nationale. Pour les fonctions de production et de maintien et développement, la Capitale-Nationale ainsi que l'Estrie ont également des résultats au-dessus de la moyenne. Pour ces mêmes fonctions, Montréal contraste avec son groupe de régions, alors qu'elle se classe au 15e rang pour la production et au 13e rang pour le maintien et développement. En atteinte des buts, il y a peu d'écart entre les résultats des régions universitaires : ces résultats se concentrent autour de celui de l'ensemble du Québec. Le résultat le plus élevé est celui de Montréal (3e rang) et le plus faible, celui de l'Estrie (9e rang).

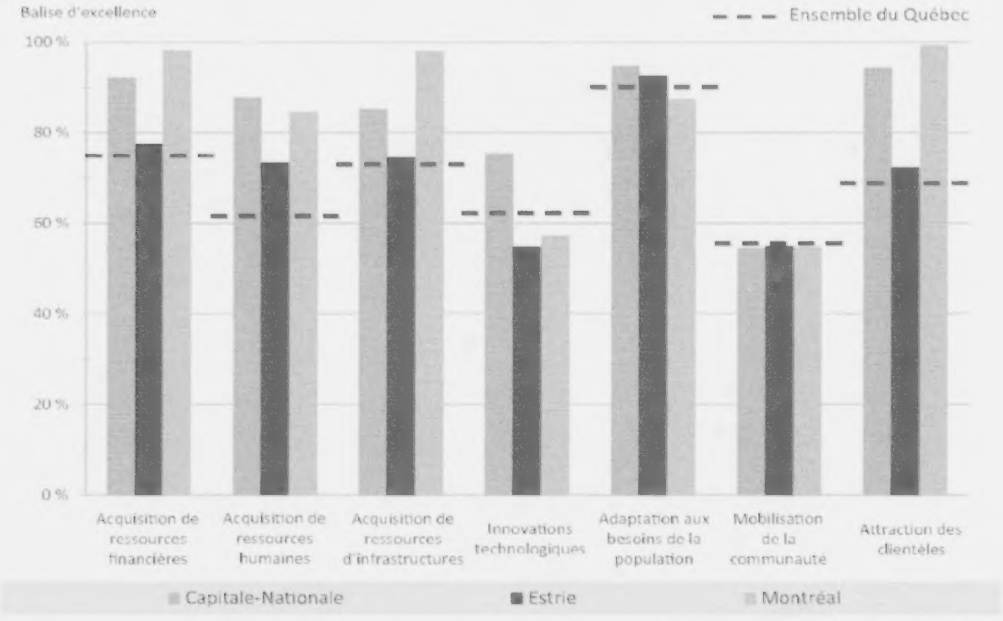


APERÇU SELON LES FONCTIONS DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

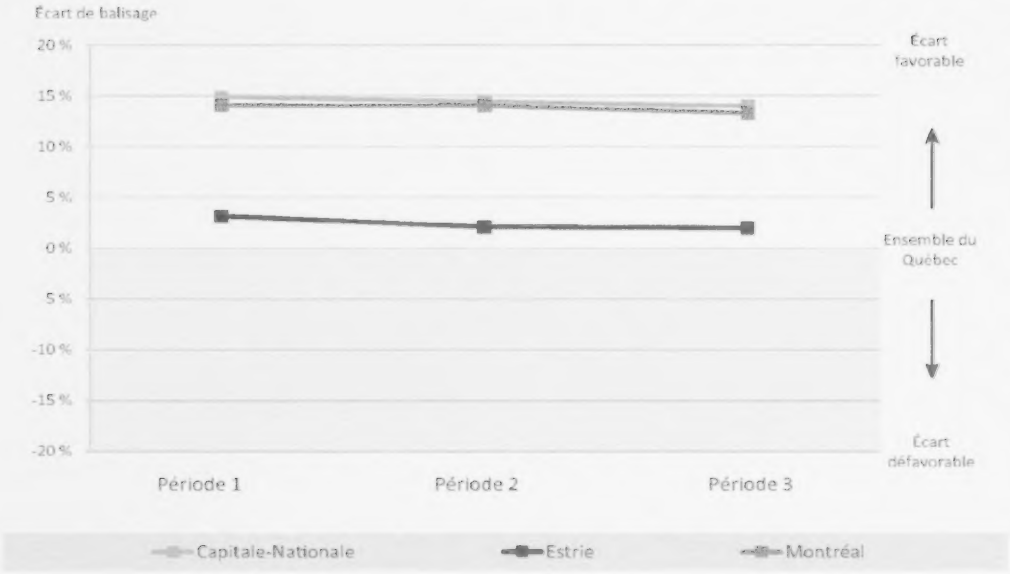
Adaptation

En matière d'adaptation, les régions universitaires, en particulier la Capitale-Nationale et Montréal, se distinguent globalement par un haut degré d'acquisition de ressources financières, humaines et d'infrastructures ainsi que par leur capacité marquée en attraction des clientèles. Cela peut s'expliquer par leur prestation de services extrarégionaux et leur mission universitaire, qui contribuent à façonner ces régions. De tels niveaux de performance en adaptation laissent supposer une dotation en ressources permettant de réaliser une bonne production de services.

Par ailleurs, pour ce qui est des innovations technologiques, la sous-dimension ayant trait à la disponibilité des équipements de tomodensitométrie (TDM) et d'imagerie par résonance magnétique (IRM) place l'Estrie et Montréal respectivement au 13e et au 11e rang, ce qui contraste avec la bonne performance de la Capitale-Nationale à cet égard (5e rang). En adaptation aux besoins de la population, c'est aussi la Capitale-Nationale qui possède le plus haut niveau d'atteinte de la balise parmi les régions universitaires (3e rang), suivie par l'Estrie (6e rang) et Montréal (14e rang). Quant aux résultats en mobilisation de la communauté, ils sont légèrement inférieurs à ceux de l'ensemble du Québec, avec un classement allant du 9e au 11e rang pour les trois régions universitaires.



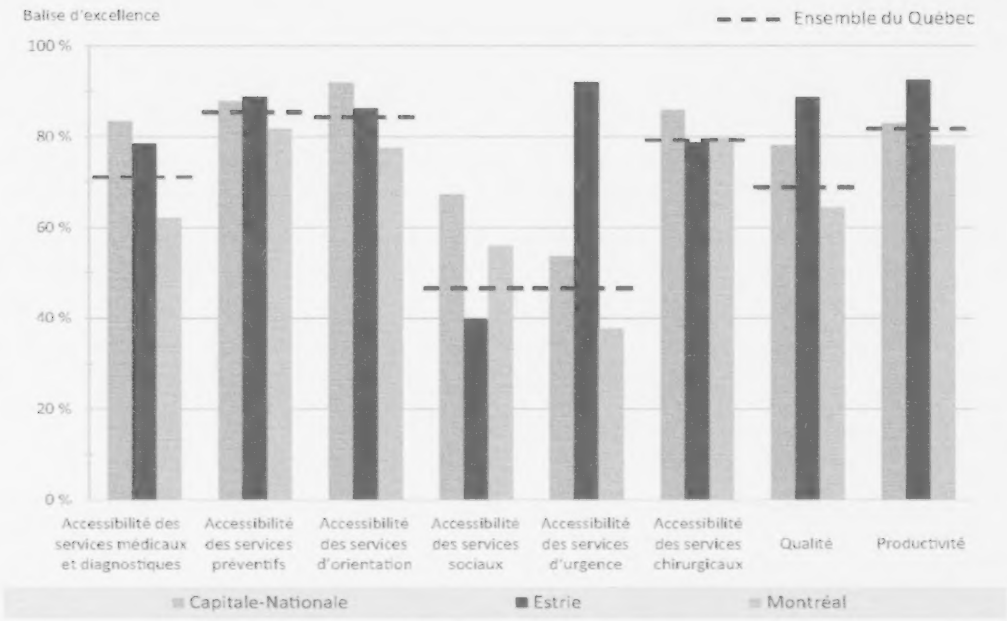
D'un point de vue temporel, bien qu'une légère diminution soit constatée relativement à l'écart de balisage des régions universitaires en matière d'adaptation par rapport à l'ensemble du Québec, cet écart demeure favorable de 2004-2005 à 2008-2009. Alors que cet écart positif se chiffre, pour la Capitale-Nationale et Montréal, à 13 et à 15 %, celui de l'Estrie est passé d'environ 3 à 2 % pendant les années à l'étude.



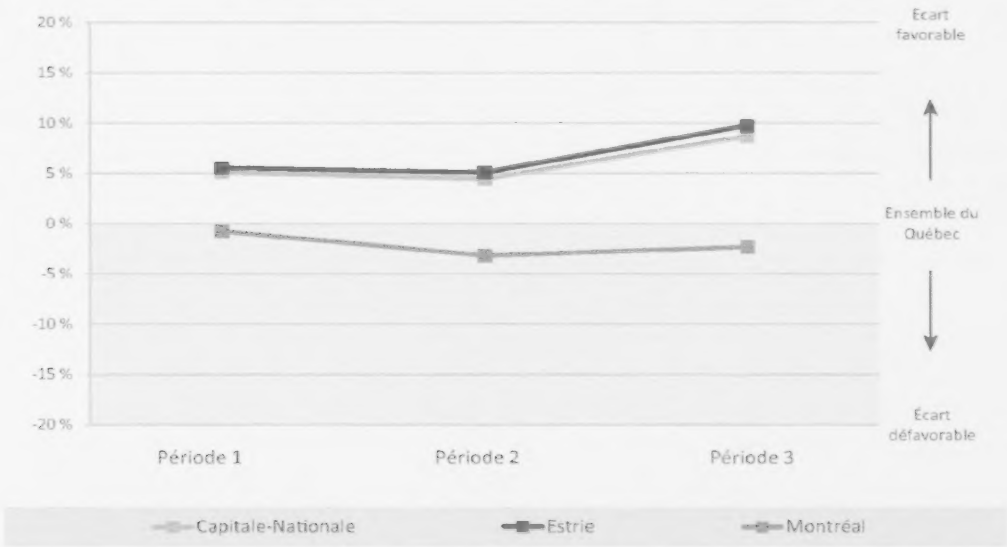
Production

Le portrait de la fonction de production démontre, pour la plupart des sous-dimensions, de meilleures performances pour la Capitale-Nationale et l'Estrie que pour Montréal. En ce qui concerne l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques, des services préventifs, des services d'orientation et des services d'urgence, la région de la Capitale-Nationale se classe au-dessus de la moyenne québécoise avec des résultats parmi les cinq premiers rangs pour trois de ces quatre sous-dimensions. La région de Montréal se trouve en moins bonne position que les régions qui lui sont comparables, car sa performance la classe entre le 11e et le 15e rang pour ces sous-dimensions.

Sur le plan de l'accessibilité des services sociaux, la Capitale-Nationale et Montréal obtiennent des résultats supérieurs à ceux de l'ensemble du Québec (2e et 5e rang), alors que l'Estrie se classe au 15e rang. Pour l'accessibilité des services chirurgicaux, la Capitale-Nationale se démarque favorablement (4e rang), tandis que les deux autres régions universitaires se trouvent tout près du résultat de l'ensemble du Québec. L'Estrie se distingue particulièrement pour ses niveaux d'atteinte des balises en qualité (2e rang) et en productivité (1er rang). Pour ces deux sous-dimensions, la Capitale-Nationale se situe légèrement au-dessus de la moyenne de l'ensemble du Québec, avec un 8e rang en qualité et un 9e rang en productivité. La région de Montréal se classe, quant à elle, au 12e rang pour la productivité et à l'avant-dernier rang (14e rang) pour la qualité, avec des résultats en dessous de ceux de l'ensemble du Québec.

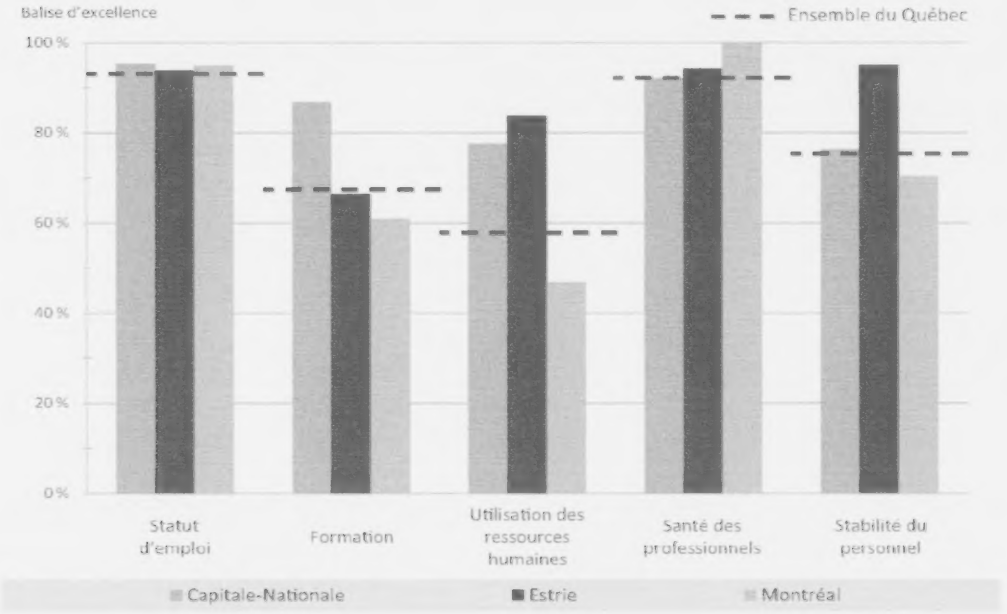


Pour la période environnant les années 2005 à 2010, un regard sur les données de balisage pour la fonction de production permet de constater que les régions de la Capitale-Nationale et de l'Estrie ont une performance au-dessus de celle de l'ensemble du Québec (écart favorable de 5 à 10% par rapport au résultat de l'ensemble du Québec). La région de Montréal, même si elle s'est améliorée depuis 2005, accuse toujours un retard de 3%. Comparativement à l'ensemble du Québec, les trois régions universitaires se sont légèrement améliorées de 2005 à 2010.



Maintien et développement

Les résultats liés à la fonction de maintien et développement démontrent une meilleure performance pour la Capitale-Nationale (2e rang) et l'Estrie (1er rang), comparativement à celle de Montréal (13e rang). Pour ce qui est de la sous-dimension ayant trait au statut d'emploi, les résultats des régions universitaires se regroupent légèrement au-dessus de la moyenne (3e au 5e rang). En ce qui a trait à la formation des employés, la Capitale-Nationale se distingue favorablement (2e rang), tout comme l'Estrie pour la stabilité du personnel (1er rang). Pour la sous-dimension de l'utilisation des ressources humaines, aussi bien la Capitale-Nationale (5e rang) que l'Estrie (4e rang) ont un écart de balisage positif par rapport à l'ensemble du Québec : cet écart correspond à plus de 20 % d'atteinte de la balise dans les deux cas. Néanmoins, avec un résultat en deçà de la moyenne québécoise par un écart de plus de 10 %, Montréal se trouve à l'avant-dernier rang pour cette même sous-dimension. La métropole obtient toutefois un meilleur résultat quant à la santé des professionnels : au 1er rang, elle se classe devant l'Estrie (4e rang) et la Capitale-Nationale (6e rang).

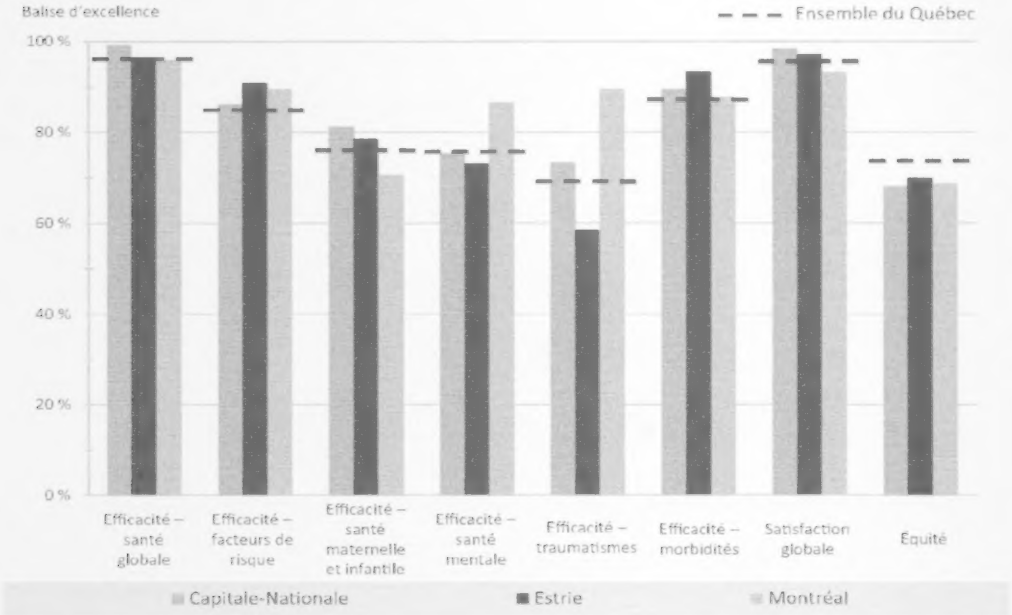


L'analyse temporelle en maintien et développement révèle que les régions de la Capitale-Nationale et de l'Estrie ont suivi à peu près la même évolution par rapport à l'ensemble du Québec : en 2005-2006, elles partent d'un écart positif d'environ 5 % d'atteinte de la balise avec le score moyen du Québec pour atteindre près de 10 % d'écart positif en 2008-2009. La région de Montréal n'a toutefois pas connu la même tendance, étant donné que les données montrent une légère diminution de sa performance de 2005-2006 (période 1) à 2008-2009 (période 3).

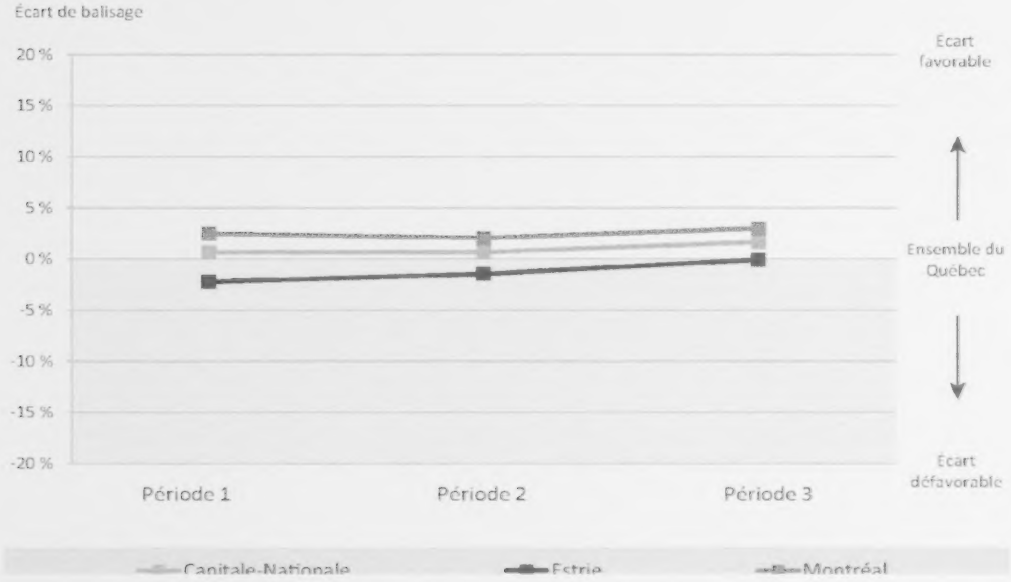
Atteinte des buts

En matière d'atteinte des buts, la situation des trois régions universitaires varie quant à leur classement et à la répartition de leurs résultats à l'intérieur de chacune des sous-dimensions. Du côté de l'efficacité, l'atteinte de la balise pour la santé globale est la plus élevée pour la région de la Capitale-Nationale (1er rang) et les deux autres régions se situent à proximité de la moyenne québécoise (Estrie, 5e rang, et Montréal, 9e rang). En ce qui concerne l'efficacité vis-à-vis des facteurs de risque (tels que le taux d'obésité, l'incidence du tabagisme ou du diabète et le taux d'inactivité au sein de la population), les régions universitaires obtiennent toutes un résultat supérieur à celui de l'ensemble du Québec. Les écarts positifs les plus élevés se trouvent en Estrie (1er rang) et à Montréal (3e rang).

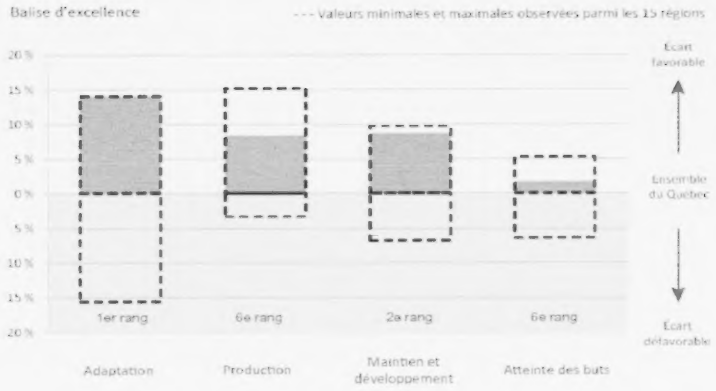
Pour ce qui est de l'efficacité concernant la santé maternelle et infantile, les données placent la Capitale-Nationale (6e rang) et l'Estrie (7e rang) au-dessus de la moyenne québécoise, ce qui n'est pas le cas de Montréal, qui se trouve en avant-dernière position. En contrepartie, la région de Montréal se distingue particulièrement pour les indicateurs liés à la santé mentale (2e rang) et aux traumatismes (1er rang). En santé mentale, la Capitale-Nationale (4e rang) obtient aussi un résultat favorable, tout comme pour les traumatismes (3e rang). Toutefois, l'Estrie présente des niveaux d'atteinte plus faibles pour ces sous-dimensions avec un 9e rang pour la santé mentale et un 10e rang pour les traumatismes. La variation des résultats pour la sous-dimension de la satisfaction globale démontre un taux de satisfaction plus élevé envers les soins reçus dans la Capitale-Nationale (3e rang) et l'Estrie (7e rang) que dans la région de Montréal (14e rang). En équité, les résultats de chacune des régions universitaires se situent en dessous de celui de l'ensemble du Québec, avec une position entre le 9e et le 12e rang.



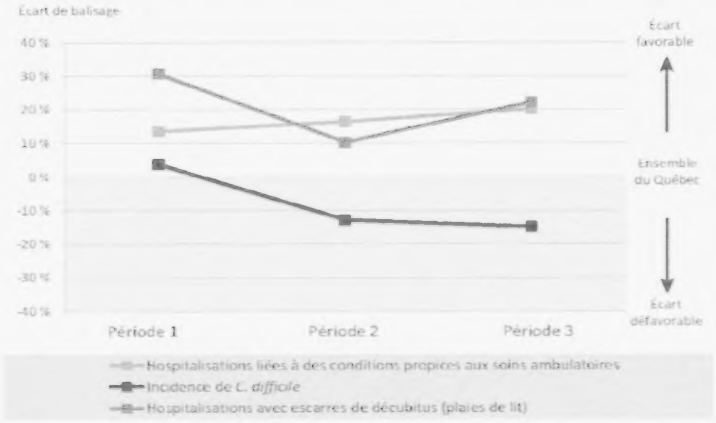
Par rapport à l'ensemble du Québec, les régions universitaires se sont légèrement améliorées dans le temps, même si l'écart entre elles a peu changé. La région de Montréal obtient les résultats les plus élevés (2 à 3% d'atteinte de la balise de plus que l'ensemble du Québec), principalement à cause de sa performance pour la santé mentale et les traumatismes. La Capitale-Nationale se situe légèrement au-dessus de l'ensemble du Québec, alors que l'Estrie a réduit son écart négatif dans la période environnant les années 2003 à 2009.



RÉGION UNIVERSITAIRE
CAPITALE-NATIONALE
Région 03



Indicateurs de la sous-dimension « Qualité »



Indicateurs favorables

- Dépenses en santé
- Acquisition de ressources humaines
- Examens en imagerie par résonance magnétique
- Attraction des clientèles
- Population inscrite en GMF
- Délais d'attente en protection de la jeunesse
- Accessibilité des services chirurgicaux
- Heures consacrées à la formation
- Utilisation des ressources humaines
- Efficacité en santé globale
- Facteur de risque : inactivité physique

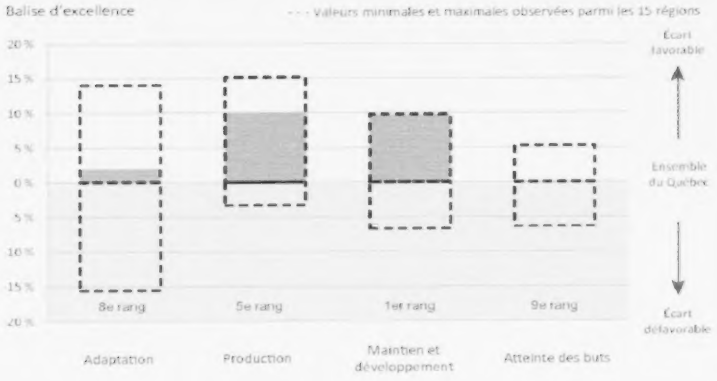
Indicateurs défavorables

- Incidence de *C. difficile*
- Facteur de risque : consommation d'alcool
- Équité

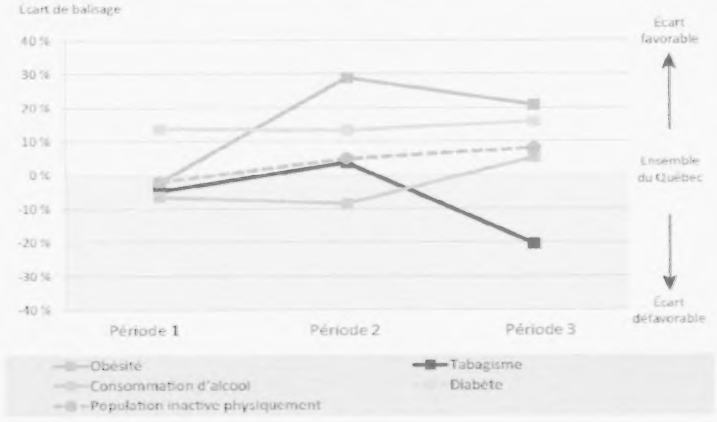
Faits saillants en périnatalité et en petite enfance

- Suivi de grossesse à risque : taux d'hospitalisations anténatales le plus bas de la province avec 10,2 pour 1 000 naissances (Québec : 22,1)
- Taux d'anesthésies péridurales de 79,0 % dans les accouchements vaginaux (Québec : 69,5 %)
- Coût moyen des services dentaires pour 1 000 enfants de 0 à 4 ans : 10 600 $ (Québec : 13 200 $)
- Dépenses par habitant pour les organismes communautaires régionaux (contraception, allaitement, périnatalité et famille) : 0,17 $ (Québec : 0,96 $)

RÉGION UNIVERSITAIRE
ESTRIE
Région 05



Indicateurs de la sous-dimension « Efficacité – facteurs de risque »



Indicateurs favorables

- Acquisition de ressources humaines
- Attraction des clientèles
- Mammographies
- Accessibilité des services d'urgence
- Incidence de *C. difficile*
- Hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit)
- Productivité
- Recours aux heures supplémentaires et aux agences privées pour les soins infirmiers
- Stabilité du personnel
- Facteurs de risque : obésité, diabète et inactivité physique
- Morbidités : incidence et mortalité liées aux maladies chroniques

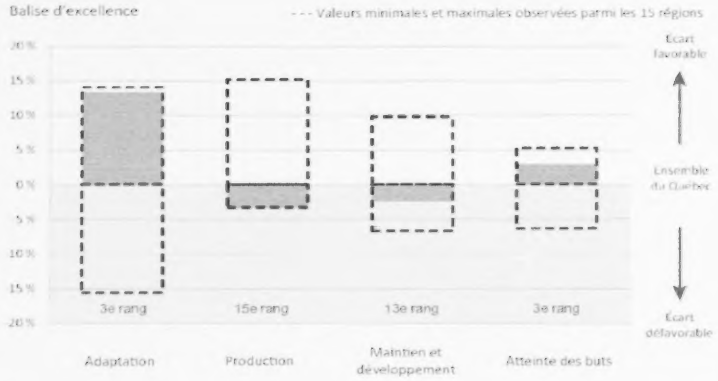
Indicateurs défavorables

- Examens en imagerie par résonance magnétique
- Délais d'attente en protection de la jeunesse
- Population victime de blessures
- Facteur de risque : tabagisme

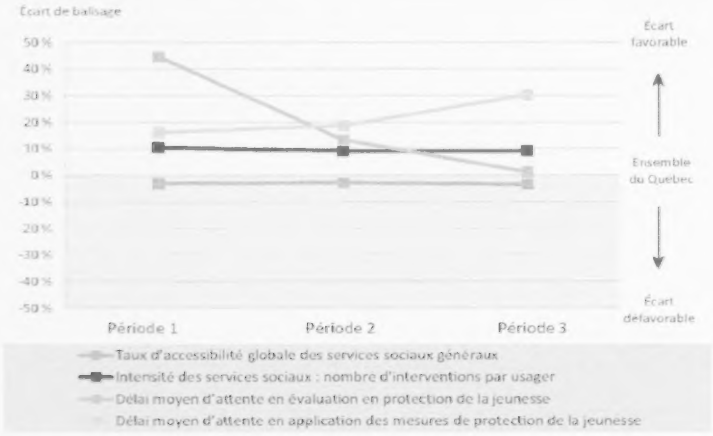
Faits saillants en périnatalité et en petite enfance

- Suivi de grossesse à risque : taux d'hospitalisations anténatales parmi les plus bas avec 12,1 pour 1 000 naissances (Québec : 22,1)
- Coût moyen par naissance des services hospitaliers associés aux nouveau-nés : 877 $ (Québec : 831 $)
- Taux de césariennes parmi les plus faibles du Québec avec 19,7 % (Québec : 23,1 %)

RÉGION UNIVERSITAIRE
MONTRÉAL
Région 06



Indicateurs de la sous-dimension « Accessibilité des services sociaux »



Indicateurs favorables

- Dépenses en santé
- Lits de soins aigus
- Lits de soins de longue durée
- Attraction des clientèles
- Délais d'attente en protection de la jeunesse
- Absentéisme
- Facteur de risque : tabagisme
- Mortalité par suicide
- Efficacité – traumatismes

Indicateurs défavorables

- Examens en tomodensitométrie
- Examens en imagerie par résonance magnétique
- Adaptation aux besoins de la population
- Accessibilité des services médicaux et diagnostiques
- Vaccination contre l'influenza
- Mammographies
- Hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit)
- Recours aux heures supplémentaires et aux agences privées pour les soins infirmiers
- Stabilité du personnel
- Satisfaction à l'égard des soins

Faits saillants en périnatalité et en petite enfance

- Suivi de grossesse à risque : taux d'hospitalisations anténatales de 13,4 pour 1 000 naissances (Québec : 22,1)
- Taux de pédiatres parmi les plus élevés pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans avec 1,36 (Québec : 1,11)
- Taux de grossesses le plus élevé du Québec avec 69,9 pour 1 000 femmes de 14 à 49 ans (Québec : 59,5)
- Deuxième plus haute proportion de la population de 0 à 4 ans par rapport à la population totale : 5,7 % (Québec : 5,4 %)

RETOUR

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

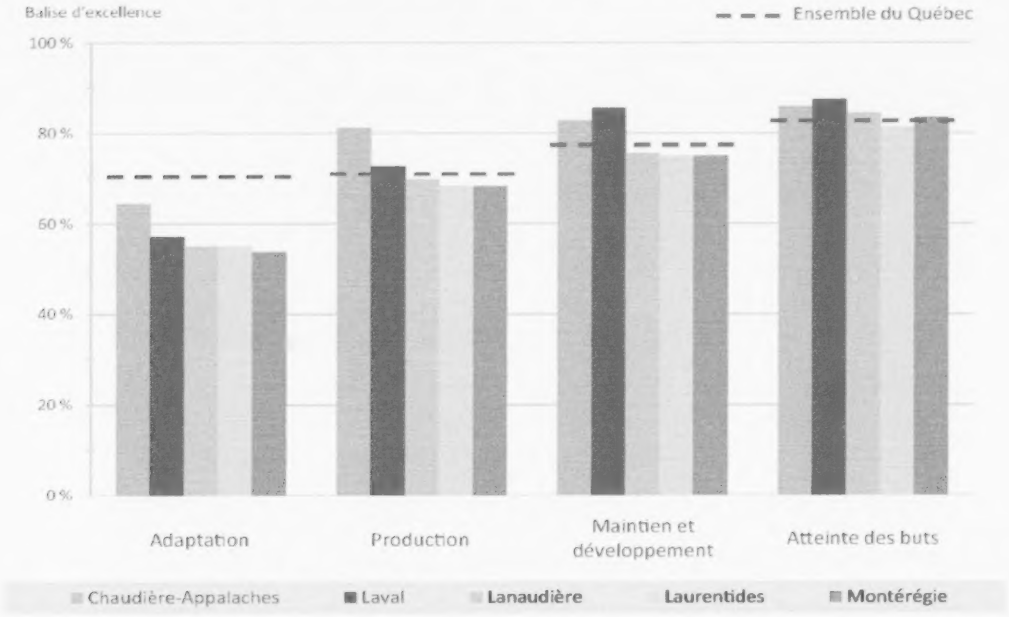
(CHAUDIÈRE-APPALACHES, LAVAL, LANAUDIÈRE, LAURENTIDES, MONTÉRÉGIE)

APERÇU GLOBAL

FONCTIONS ET SOUS-DIMENSIONS	CHAUDIÈRE-APPALACHES		LAVAL		LANAUDIÈRE		LAURENTIDES		MONTÉRÉGIE	
	Résultat	Rang	Résultat	Rang	Résultat	Rang	Résultat	Rang	Résultat	Rang
Acquisition de ressources financières	63,1 %	10	50,3 %	15	53,5 %	12	51,5 %	14	51,8 %	13
Acquisition de ressources humaines	50,9 %	10	40,5 %	13	38,9 %	14	38,4 %	15	40,5 %	12
Acquisition de ressources d'infrastructures	61,9 %	10	49,6 %	15	58,3 %	12	55,0 %	13	53,6 %	14
Innovations technologiques	79,0 %	4	59,2 %	10	57,0 %	12	60,1 %	9	54,6 %	14
Adaptation aux besoins de la population	95,6 %	2	87,9 %	13	88,7 %	12	88,8 %	11	89,6 %	10
Mobilisation de la communauté	57,1 %	8	49,1 %	12	48,2 %	14	43,1 %	15	48,7 %	13
Attraction des clientèles	42,6 %	10	63,8 %	4	40,6 %	12	48,0 %	8	38,2 %	13
Adaptation	64,3 %	10	57,2 %	11	55,6 %	13	55,0 %	14	53,8 %	15
Accessibilité des services médicaux et diagnostiques	78,8 %	5	70,1 %	11	70,2 %	10	67,1 %	13	69,2 %	12
Accessibilité des services préventifs	86,8 %	7	88,4 %	3	87,4 %	6	85,4 %	9	88,1 %	4
Accessibilité des services d'orientation	89,9 %	6	89,2 %	8	81,6 %	11	87,2 %	9	79,6 %	12
Accessibilité des services sociaux	45,0 %	11	44,2 %	13	47,1 %	9	42,7 %	14	44,2 %	12
Accessibilité des services d'urgence	89,9 %	4	55,8 %	9	26,2 %	15	34,9 %	14	37,5 %	12
Accessibilité des services chirurgicaux	92,1 %	2	65,2 %	15	79,8 %	9	75,0 %	13	79,9 %	8
Qualité	79,0 %	6	84,6 %	3	89,0 %	1	72,5 %	10	72,8 %	9
Productivité	88,3 %	4	83,6 %	7	77,0 %	13	82,2 %	10	74,9 %	15
Production	81,2 %	4	72,8 %	10	69,8 %	11	68,4 %	12	68,3 %	13
Statut d'emploi	88,9 %	13	93,1 %	6	88,3 %	14	86,6 %	15	90,2 %	11
Formation	59,2 %	13	100,0 %	1	63,8 %	9	85,5 %	4	56,0 %	14
Utilisation des ressources humaines	86,6 %	3	61,3 %	10	57,7 %	11	55,0 %	12	61,5 %	9
Santé des professionnels	92,0 %	7	94,5 %	2	80,3 %	13	75,4 %	14	92,3 %	5
Stabilité du personnel	87,5 %	2	78,7 %	6	86,6 %	3	72,1 %	12	74,6 %	10
Maintien et développement	82,3 %	4	85,5 %	3	79,4 %	10	74,9 %	12	74,8 %	11
Efficacité – santé globale	98,6 %	2	93,7 %	11	97,0 %	4	97,7 %	3	96,1 %	7
Efficacité – facteurs de risque	90,2 %	2	81,8 %	9	89,3 %	4	86,9 %	5	86,1 %	7
Efficacité – santé maternelle et infantile	86,7 %	2	73,0 %	13	78,1 %	8	77,9 %	9	82,8 %	5
Efficacité – santé mentale	73,5 %	8	94,6 %	1	73,5 %	7	75,1 %	5	83,8 %	3
Efficacité – traumatismes	66,1 %	7	86,1 %	2	72,5 %	4	65,3 %	8	68,5 %	6
Efficacité – morbidités	93,6 %	2	96,8 %	1	83,3 %	11	84,6 %	9	87,7 %	5
Satisfaction globale	98,6 %	2	95,5 %	11	95,0 %	12	93,6 %	13	96,0 %	10
Équité	80,2 %	5	78,3 %	6	86,8 %	3	69,2 %	10	67,0 %	13
Atteinte des buts	93,9 %	2	87,5 %	1	94,6 %	4	81,3 %	10	83,6 %	7

RETOUR

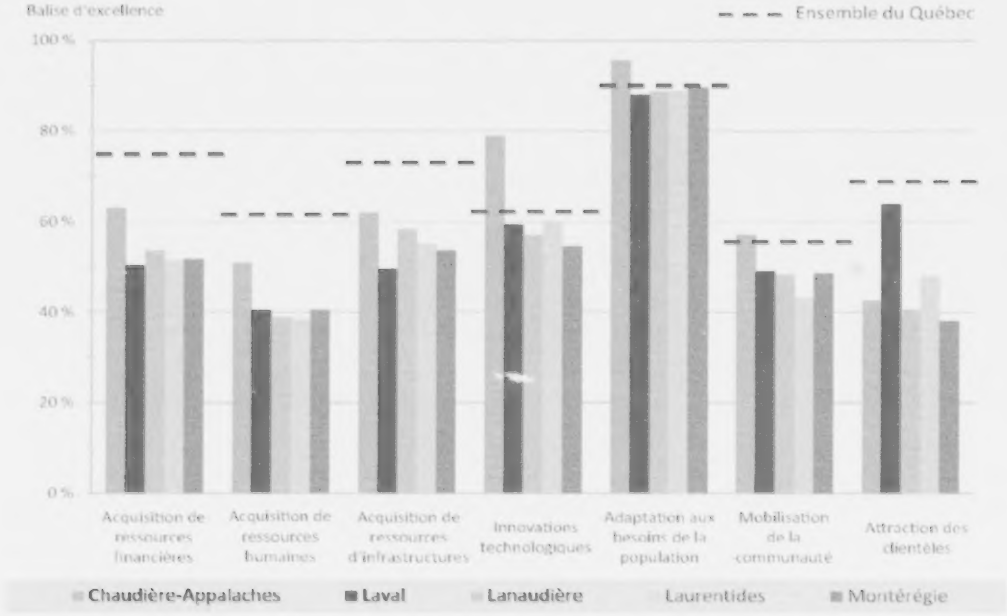
Le portrait de la performance des régions en périphérie des régions universitaires tend à démontrer les mêmes constats que ceux du rapport d'appréciation de 2010 (CSBE, 2010a). Le niveau d'atteinte de la balise pour la fonction d'adaptation se situe sous le résultat de l'ensemble du Québec de manière marquée : le classement varie du 10e au 15e rang. Pour les fonctions de production et de maintien et développement, les résultats sont aussi inférieurs à ceux de l'ensemble québécois pour les régions de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie. Les régions de Chaudière-Appalaches et de Laval se distinguent avec des résultats supérieurs à la moyenne du Québec : le niveau d'atteinte de la balise de Chaudière-Appalaches est particulièrement élevé en production (4e rang) et Laval s'illustre grâce à sa performance pour la fonction de maintien et développement (3e rang), suivie de près par Chaudière-Appalaches (4e rang). Pour l'atteinte des buts, la région de Laval se classe en première position, suivie par Chaudière-Appalaches (2e rang) et Lanaudière (4e rang), ce qui témoigne d'un état de santé favorable en général pour les populations de ces régions.



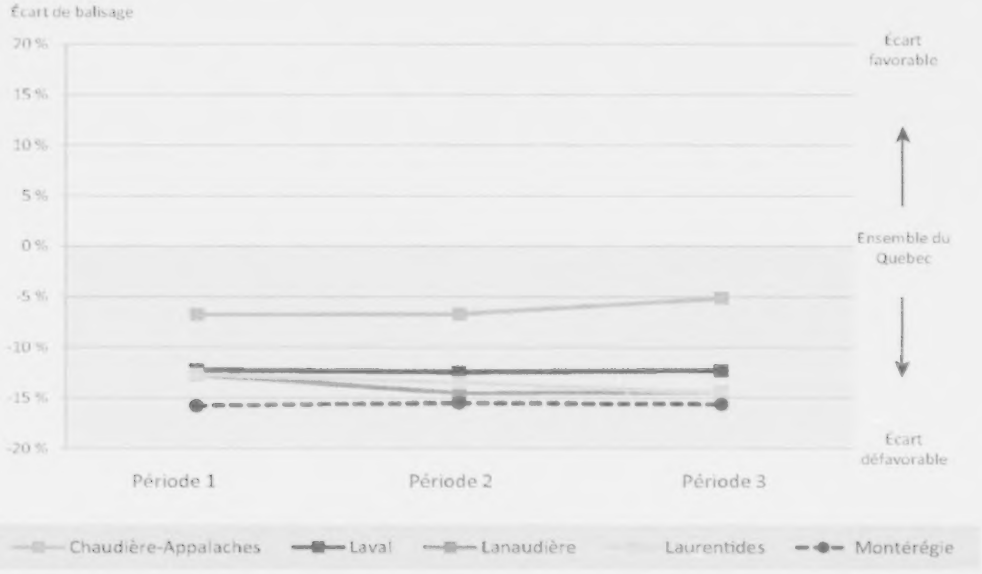
APERÇU SELON LES FONCTIONS DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

Adaptation

En matière d'adaptation, les régions en périphérie des régions universitaires se classent entre le 10e et le 15e rang. Les niveaux d'atteinte de la balise en ce qui concerne les sous-dimensions liées à l'acquisition de ressources démontrent des écarts négatifs prononcés par rapport à la moyenne de l'ensemble du Québec. Une partie de cet écart peut être attribuable à la mobilité interrégionale des clientèles, qui est plus grande dans ces régions. En effet, la consommation de soins, pour une fraction de la population résidant dans ces régions, peut s'effectuer dans les régions universitaires se situant à proximité. Néanmoins, cela n'explique pas la totalité des écarts, étant donné que ces régions, à l'échelle du Québec, se situent dans les six derniers rangs pour ce qui est des ressources financières, humaines et d'infrastructures. Les régions en périphérie des régions universitaires obtiennent également des résultats inférieurs à ceux de l'ensemble du Québec pour les sous-dimensions des innovations technologiques, de l'adaptation aux besoins de la population et de la mobilisation de la communauté, à l'exception de Chaudière-Appalaches, qui présente des niveaux d'atteinte de la balise supérieurs à la moyenne québécoise dans les trois cas. En ce qui a trait à l'attraction des clientèles, la proximité des régions universitaires influence les taux de rétention et de desserte extrarégionale, ce qui explique les faibles niveaux d'atteinte de la balise pour ces régions. La région de Laval se situe toutefois près de la moyenne québécoise (1e rang), car même si plusieurs résidants lavallois sont hospitalisés dans la région de Montréal, plusieurs personnes originaires de Lanaudière et des Laurentides s'y font traiter.



Les résultats obtenus pour la fonction d'adaptation se traduisent de manière temporelle par une grande stabilité relativement à l'ensemble québécois, de 2004-2005 à 2008-2009, pour Laval et la Montérégie et par une légère régression par rapport à la moyenne du Québec pour Lanaudière et les Laurentides. Cependant, en Chaudière-Appalaches, cette période est marquée par une progression relative de la performance, ce qui ramène son écart défavorable par rapport à l'ensemble du Québec à près de 5%. Les autres régions présentent plutôt un écart défavorable variant de 12 à 16%, ce qui signale du même fait la stabilité relative de ces régions en adaptation depuis 2004-2005.



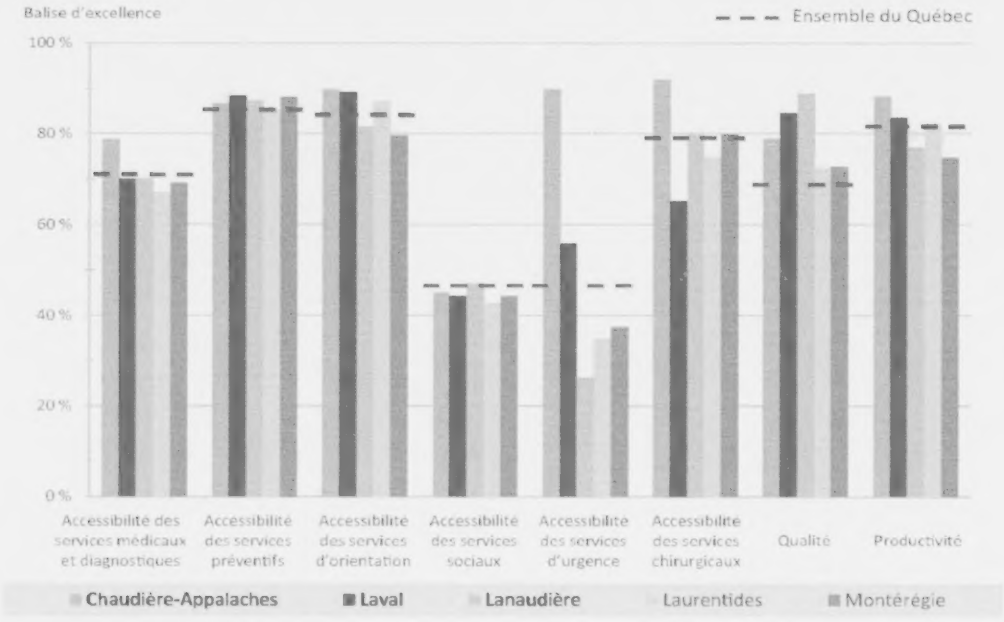
Production

Mis à part le 4e rang obtenu par la région de Chaudière-Appalaches en production, les régions en périphérie des régions universitaires se classent toutes entre le 10e et le 13e rang, ce qui indique des résultats pour la plupart en dessous de ceux de l'ensemble du Québec. Pour l'accessibilité des services de santé, les niveaux d'atteinte de la balise varient peu parmi les régions en périphérie des régions universitaires, sauf en ce qui concerne les services d'urgence, les services chirurgicaux et, dans une moindre mesure, les services médicaux et diagnostiques. Pour l'accessibilité des services préventifs, les régions en périphérie des régions universitaires présentent des résultats légèrement au-dessus de ceux obtenus dans l'ensemble du Québec : elles se classent entre le 3e et le 9e rang. En matière d'accessibilité des services d'orientation, les niveaux d'atteinte de la balise pour les régions de Chaudière-Appalaches (6e rang), de Laval (8e rang) et des Laurentides (9e rang) sont supérieurs à ceux de l'ensemble québécois, contrairement à ceux de Lanaudière (11e rang) et de la Montérégie (12e rang).

Toujours en regard de l'accessibilité, la région de Chaudière-Appalaches se distingue favorablement avec des résultats élevés quant aux services d'urgence (4e rang) et aux services chirurgicaux (2e rang). Laval obtient aussi un écart positif par rapport au résultat québécois pour l'accessibilité des services d'urgence (9e rang), ce qui n'est pas le cas pour Lanaudière (15e rang), les Laurentides (14e rang) et la Montérégie (12e rang). Pour les services chirurgicaux, les niveaux d'atteinte de la balise pour Lanaudière (9e rang) et la Montérégie (8e rang) se trouvent près de ceux de l'ensemble du Québec. Les régions de Laval (15e rang) et des Laurentides (13e rang) se classent défavorablement à l'égard de

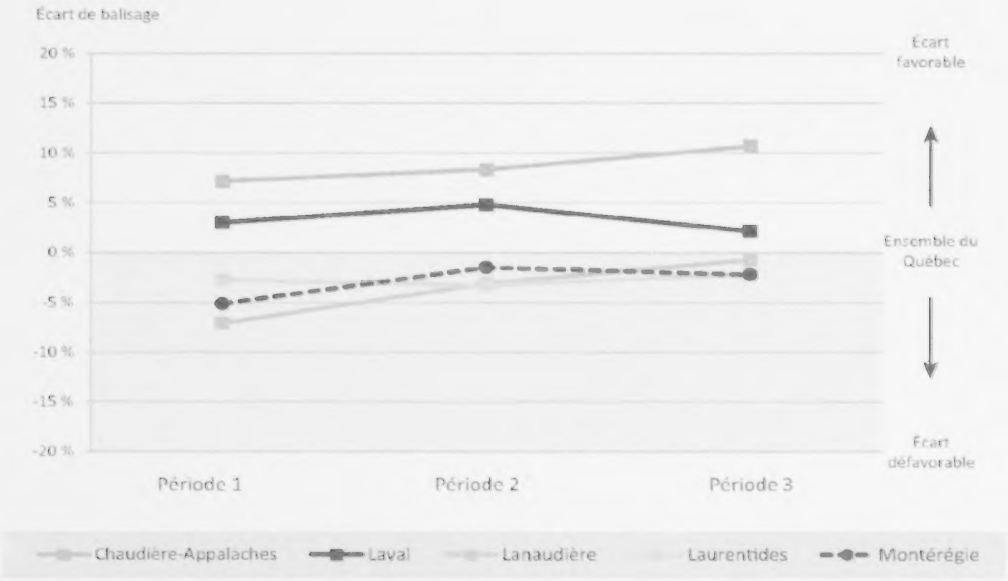
cette sous-dimension. Pour ce qui est de l'accessibilité des services sociaux, le niveau d'atteinte de la balise de Lanaudière (9e rang) dépasse de peu celui de l'ensemble du Québec. Toutes les autres régions en périphérie des régions universitaires se situent en dessous de la moyenne québécoise, avec un classement variant entre le 11e et le 14e rang.

Dans la sous-dimension ayant trait à la qualité, toutes les régions en périphérie des régions universitaires se démarquent favorablement vis-à-vis de l'ensemble du Québec. C'est particulièrement vrai pour les régions de Lanaudière (1er rang), de Laval (3e rang) et de Chaudière-Appalaches (6e rang). Cependant, le portrait est plus varié en matière de productivité : deux régions se démarquent favorablement, soit Chaudière-Appalaches (4e rang) et Laval (7e rang), alors que Lanaudière (13e rang) et la Montérégie (15e rang) se trouvent dans la situation inverse. Quant aux résultats des Laurentides (10e rang), ils se situent tout près de la moyenne québécoise.



De 2005 à 2007, les calculs de balisage temporel révèlent une légère amélioration pour les régions des Laurentides et de la Montérégie, c'est-à-dire que celles-ci se sont rapprochées de la moyenne québécoise en diminuant leur écart négatif. Cette tendance est encore plus marquée pour Lanaudière. Le même type d'amélioration s'observe aussi pour la région de Chaudière-Appalaches, qui accentue l'écart favorable par rapport à l'ensemble du Québec : elle se situe en fin de compte à plus de 10 % de la proportion québécoise d'atteinte des balises. Finalement, la seule régression parmi les régions en périphérie des régions universitaires est observée du côté de Laval, qui connaît un léger fléchissement, mais qui conserve tout de même un écart favorable d'environ 2 % par rapport à l'ensemble du Québec.

RETOUR



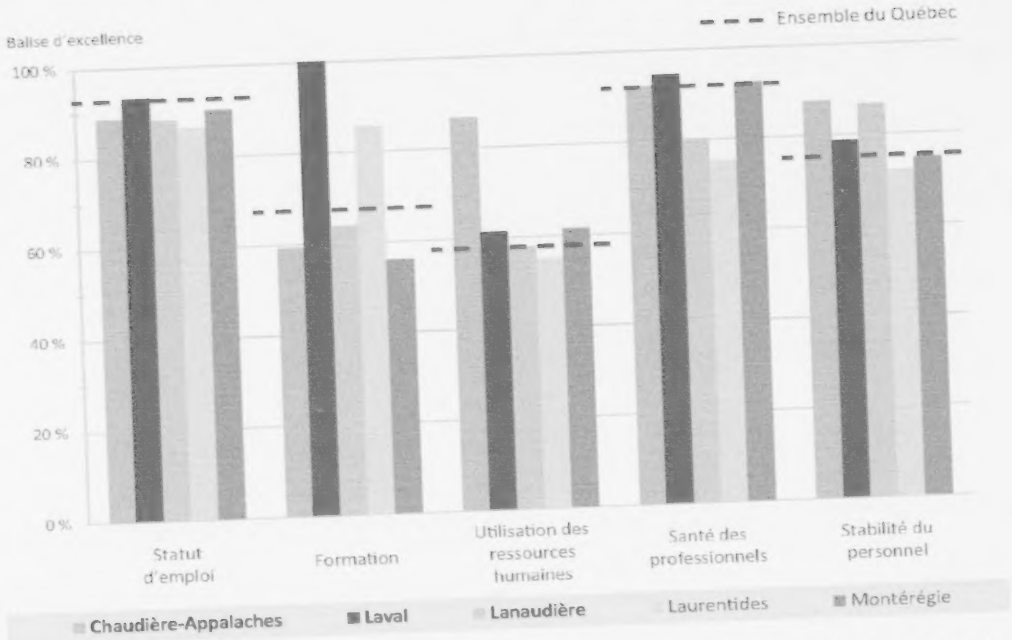
Maintien et développement

La fonction de maintien et développement est mesurée par des indicateurs liés au climat organisationnel. Les régions de Chaudière-Appalaches (4e rang) et de Laval (3e rang) se distinguent favorablement pour cette fonction, alors que les résultats obtenus par Lanaudière (10e rang), les Laurentides (12e rang) et la Montérégie (11e rang) sont inférieurs au résultat québécois. Plus précisément, dans la sous-dimension du statut d'emploi, les résultats sont inférieurs à ceux de l'ensemble du Québec : ces régions se classent entre le 11e et le 15e rang, à l'exception de Laval (6e rang), qui réussit à atteindre la moyenne québécoise. La région lavalloise s'illustre également par rapport aux régions de son groupe pour la formation (1er rang), alors qu'elle consacre un pourcentage plus élevé d'heures pour la formation. Elle est suivie par la région des Laurentides, qui se classe au 4e rang. Les trois autres régions en périphérie des régions universitaires se situent en dessous du résultat de l'ensemble du Québec pour leur performance quant à la formation.

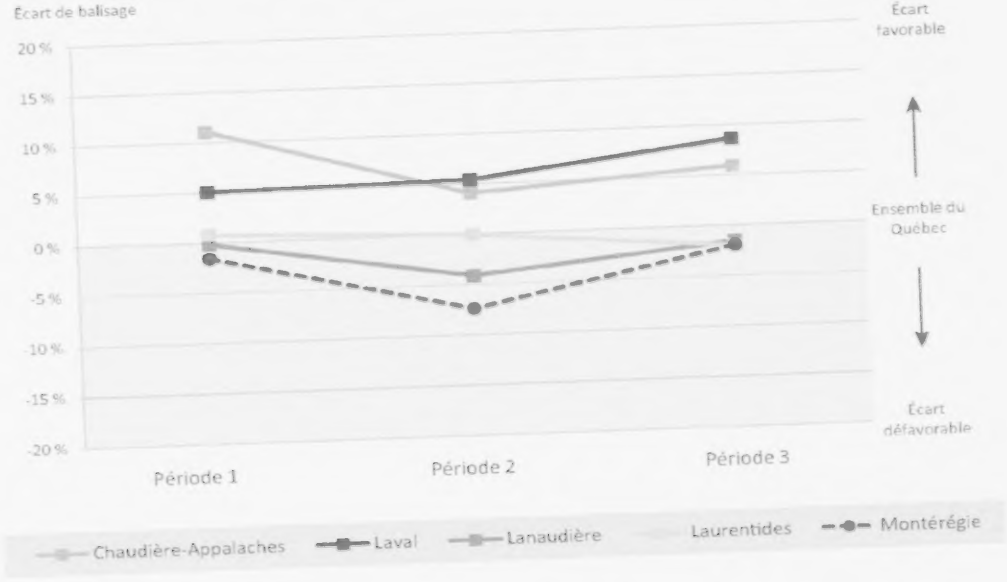
Pour ce qui est de l'utilisation des ressources humaines, la région de Chaudière-Appalaches (3e rang) se démarque en ayant moins recours aux heures supplémentaires et aux agences privées pour les soins infirmiers que les autres régions de son groupe. Laval (10e rang) et la Montérégie (9e rang) obtiennent tout de même des résultats favorables par rapport à ceux de l'ensemble du Québec. Lanaudière (11e rang) et les Laurentides (12e rang) se trouvent toutefois dans une position moins favorable quant à l'utilisation des ressources humaines.

Dans la sous-dimension de la santé des professionnels, Laval (2e rang) s'illustre devant les régions de la Montérégie (5e rang) et de Chaudière-Appalaches (7e rang), qui obtiennent, pour leur part, un résultat égal à celui de l'ensemble du Québec. Lanaudière (13e rang) et les Laurentides (14e rang) se situent sous les niveaux d'atteinte de la balise obtenus à l'échelle du Québec. En ce qui a trait à la stabilité du personnel, qui se calcule par les taux de départ des effectifs, les régions de Chaudière-Appalaches (2e rang) et de Lanaudière (3e rang) présentent des résultats favorables. Laval (6e rang) se trouve aussi au-dessus du résultat québécois, mais l'écart est moins prononcé. Quant aux régions des Laurentides (12e rang) et de la Montérégie (10e rang), elles se situent légèrement sous la moyenne provinciale.

RETOUR



Selon l'évolution temporelle des données de 2005-2006 (période 1) à 2008-2009 (période 3), les niveaux relatifs d'atteinte des balises pour le maintien et développement ont diminué légèrement de façon générale dans les régions à l'étude. Seule la région de Laval s'est régulièrement améliorée : elle présente l'écart positif le plus élevé parmi les régions comparables. De plus, la région de Chaudière-Appalaches, qui a subi une régression relative de sa performance de 2005-2006 à 2008-2009, se situe maintenant juste derrière Laval. Les trois autres régions se trouvent, quant à elles, en dessous de la moyenne québécoise, avec un écart défavorable variant de 1 à 2 %.



RETOUR

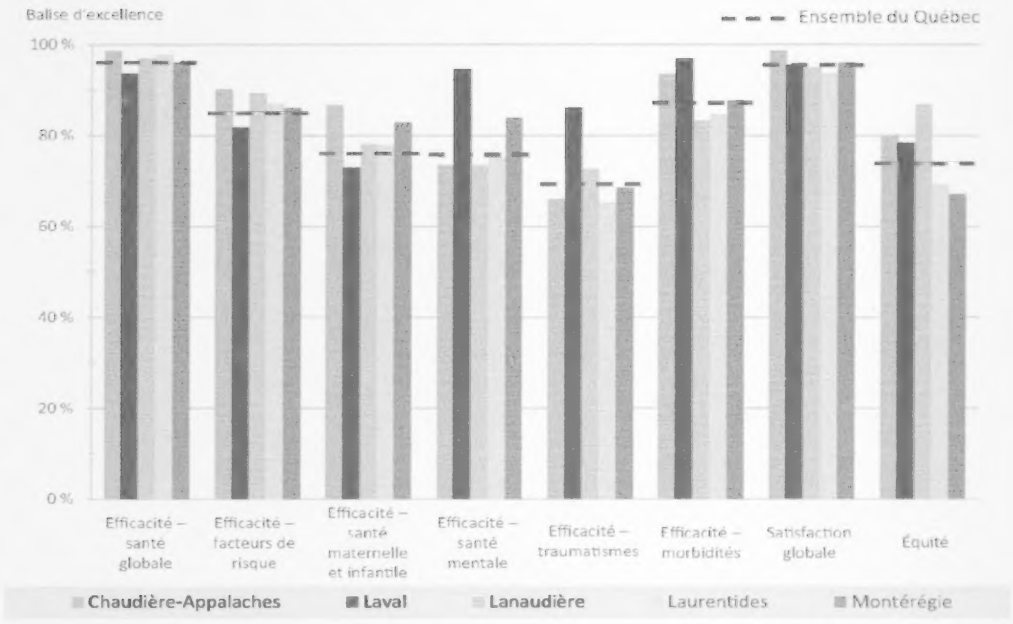
Atteinte des buts

À l'égard de l'état de santé des populations, les régions en périphérie des régions universitaires se démarquent par des résultats favorables par rapport à l'ensemble du Québec, à l'exception des Laurentides (10e rang). De manière plus détaillée, parmi les sous-dimensions se rapportant à l'efficacité des systèmes de santé et de services sociaux, la région de Chaudière-Appalaches se distingue favorablement en ce qui a trait à la santé globale (2e rang). Il en va de même pour les Laurentides (3e rang) et Lanaudière (4e rang). La Montérégie (7e rang) obtient la moyenne québécoise, alors que Laval (11e rang) présente un écart défavorable vis-à-vis de l'ensemble du Québec.

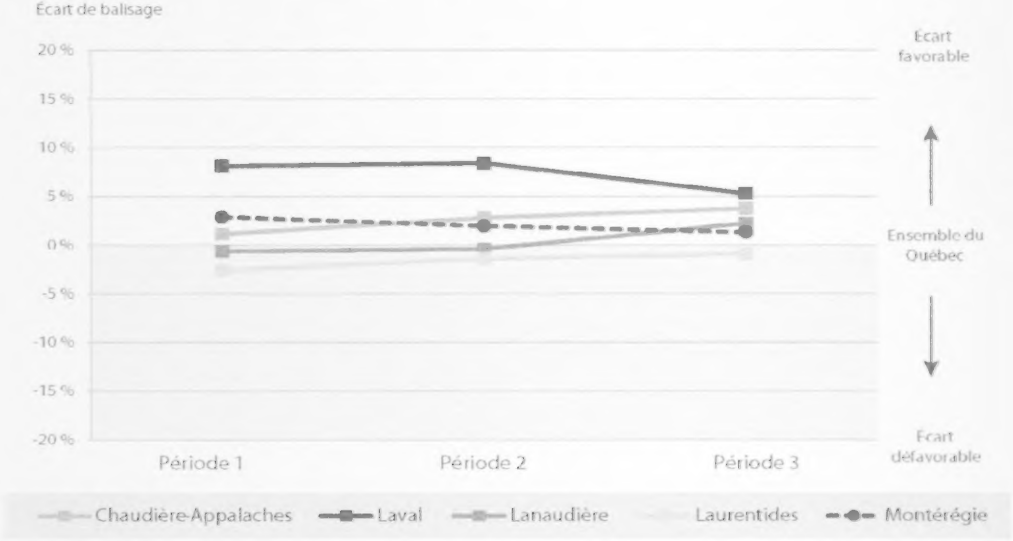
Pour ce qui est de la sous-dimension de l'efficacité liée aux facteurs de risque, le groupe des régions en périphérie des régions universitaires se distingue, surtout les régions de Chaudière-Appalaches (2e rang) et de Lanaudière (4e rang). Néanmoins, Laval a un écart défavorable par rapport à l'ensemble du Québec pour cette sous-dimension (9e rang), de même que pour l'efficacité en santé maternelle et infantile (13e rang). Les autres régions du groupe se situent au-dessus du résultat québécois : les meilleurs résultats appartiennent aux régions de Chaudière-Appalaches (2e rang) et de la Montérégie (5e rang).

En ce qui concerne la santé mentale, Laval détient un écart favorable des plus marqués dans la fonction de l'atteinte des buts (1er rang) : la mortalité par suicide y est effectivement moins élevée que dans les autres régions du Québec. La Montérégie démontre aussi un résultat favorable par rapport à l'ensemble du Québec (3e rang), alors que les autres régions se classent quelque peu en dessous de la moyenne avec une position variant du 5e au 8e rang. Par ailleurs, la région de Laval (2e rang) se distingue également grâce à l'efficacité liée aux traumatismes. La région de Lanaudière (4e rang) présente aussi un résultat au-dessus de la moyenne québécoise, contrairement aux trois autres régions du groupe, qui se trouvent entre le 6e et le 8e rang.

En regard de l'efficacité par rapport aux morbidités, la région de Laval obtient encore une fois une position favorable (1er rang), suivie de peu par celle de Chaudière-Appalaches (2e rang). Dans cette même sous-dimension, le niveau d'atteinte de la balise de la Montérégie dépasse un peu le résultat québécois (5e rang), alors que les régions de Lanaudière (11e rang) et des Laurentides (9e rang) se trouvent en deçà de cette moyenne. Sur le plan de la satisfaction globale, les indicateurs témoignent d'une satisfaction plus élevée envers les soins reçus dans la région de Chaudière-Appalaches (2e rang) que dans les autres régions comparables, qui ont plutôt une position défavorable variant entre le 10e et le 13e rang. Enfin, selon les nouvelles données sur l'équité, celle-ci semble plus respectée dans les régions de Lanaudière (3e rang), de Chaudière-Appalaches (5e rang) et de Laval (6e rang) que dans les Laurentides (10e rang) et la Montérégie (13e rang).

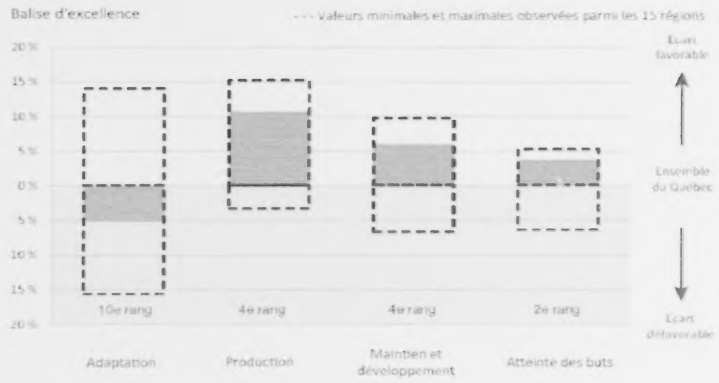


Les résultats de la fonction d'atteinte des buts sont généralement plus stables dans le temps que ceux des autres fonctions. C'est pourquoi les comparaisons entre les résultats de 2003 à 2009 ne révèlent que des changements mineurs. Néanmoins, il est à noter que l'écart des niveaux d'atteinte de la balise de la période 1 (2003) a eu tendance à se réduire avec le temps : le résultat de la région de Laval a diminué tout en demeurant le plus élevé de son groupe. Les résultats temporels des régions de Chaudière-Appalaches et de la Montérégie ont oscillé de 1,1 à 3,7 % au-dessus du résultat de l'ensemble québécois, malgré une tendance à la baisse pour la Montérégie. Pour les Laurentides, l'écart demeure défavorable avec le taux moyen d'atteinte des balises au Québec, malgré que cet écart négatif tende à diminuer au fil du temps. Enfin, la région de Lanaudière a un écart favorable de 2,2 %, ce qui signifie que son amélioration lui a permis de dépasser le résultat de l'ensemble du Québec.

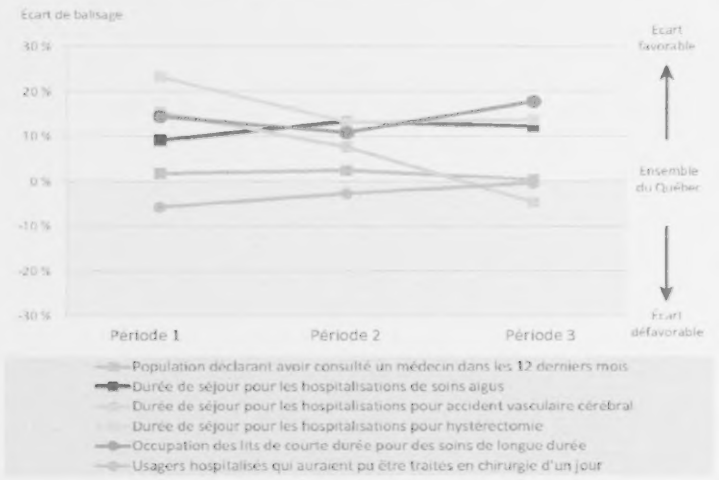


RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES
CHAUDIÈRE-APPALACHES

Région 12



Indicateurs de la sous-dimension « Productivité »



Indicateurs favorables

- Examens en tomodensitométrie
- Examens en imagerie par résonance magnétique
- Accessibilité des services d'urgence
- Accessibilité des services chirurgicaux
- Stabilité du personnel
- Recours aux heures supplémentaires et aux agences privées pour les soins infirmiers
- Santé globale
- Facteurs de risque : tabagisme, diabète et inactivité physique
- Satisfaction à l'égard des soins
- Lits de soins de courte durée occupés pour des soins de longue durée

Indicateurs défavorables

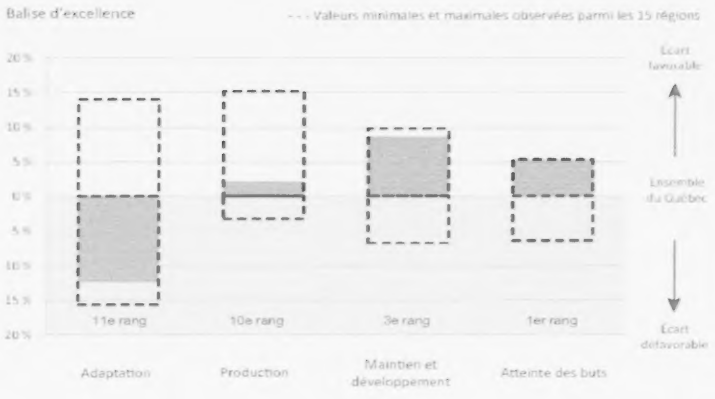
- Dépenses en santé
- Statut d'emploi

Faits saillants en périnatalité et en petite enfance

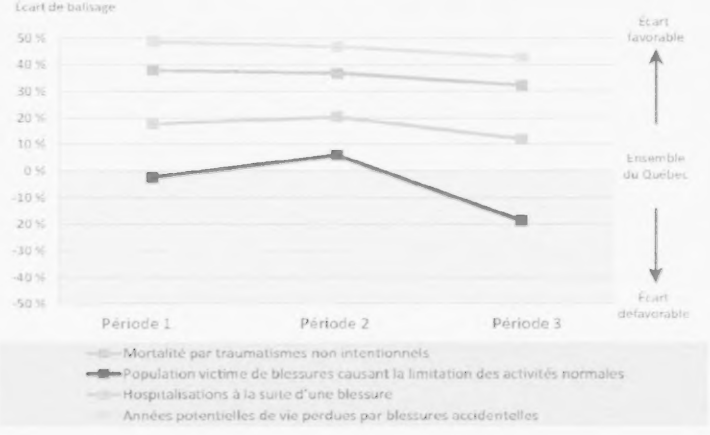
- Suivi de grossesse à risque : taux d'hospitalisations anténatales de 18,6 pour 1 000 naissances (Québec : 22,1)
- Taux d'anesthésies péridurales dans les accouchements parmi les plus élevés avec 76,7 % (Québec : 69,5 %)
- Taux de faibles poids à la naissance de 5,5 % (Québec : 5,7 %)
- Dépenses par habitant pour les organismes communautaires régionaux (contraception, allaitement, périnatalité et famille) : 1,30 $ (Québec : 0,96 $)

RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES
LAVAL

Région 13



Indicateurs de la sous-dimension « Efficacité – traumatismes »



Indicateurs favorables

- Desserte extrarégionale
- Hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires
- Heures consacrées à la formation
- Absentéisme
- Espérance de vie à la naissance et à 65 ans
- Santé mentale
- Mortalité par traumatismes non intentionnels
- Morbidités : incidence et mortalité liées aux maladies chroniques

Indicateurs défavorables

- Dépenses en santé
- Taux de médecins, d'infirmières et d'effectifs du réseau
- Lits de soins de courte durée
- Lits de soins de longue durée
- Accessibilité des services sociaux
- Accessibilité des services chirurgicaux
- Perception de l'état de santé
- Population victime de blessures

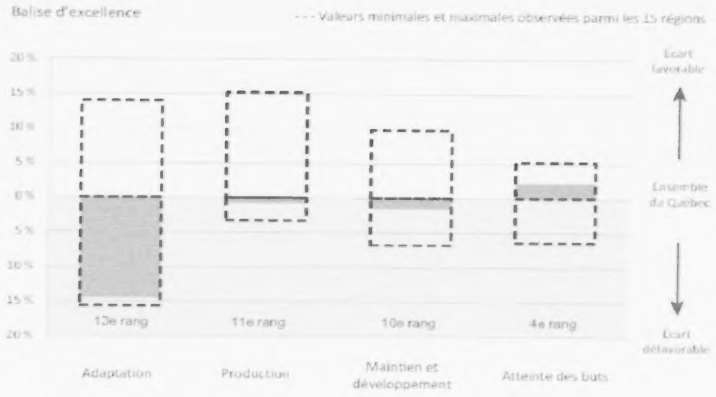
Faits saillants en périnatalité et en petite enfance

- Taux d'enfants hébergés par les centres jeunesse, pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, parmi les plus bas : 2,6 (Québec : 6,0)
- Coût moyen par naissance des services hospitaliers associés aux nouveau-nés : 856 $ (Québec : 831 $)
- Taux total d'accouchements assistés (forceps et ventouse obstétricale) parmi les accouchements vaginaux : 10,3 % (Québec : 12,6 %)
- Taux parmi les plus faibles d'enfants de 0 à 4 ans inscrits dans un centre de réadaptation en déficience physique : 19,2 pour 1 000 (Québec : 28,9)

RETOUR

RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES
LANAUDIÈRE

Région 14



Indicateurs de la sous-dimension « Équité »

Indicateurs favorables

- Incidence de *C. difficile*
- Hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit)
- Stabilité du personnel
- Facteur de risque : consommation d'alcool
- Population victime de blessures
- Mortalité infantile

Indicateurs défavorables

- Dépenses en santé
- Acquisition de ressources humaines
- Sentiment d'appartenance à la communauté locale
- Accessibilité des services d'urgence
- Statut d'emploi
- Absentéisme
- Facteur de risque : inactivité physique

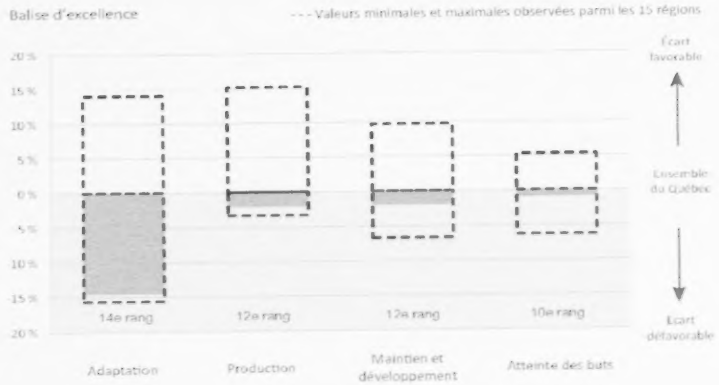
Faits saillants en périnatalité et en petite enfance

- Suivi de grossesse à risque : 26,4 hospitalisations anténatales pour 1 000 naissances (Québec : 22,1)
- Deuxième plus faible taux total d'accouchements assistés (forceps et ventouse obstétricale) parmi les accouchements vaginaux : 10,1 % (Québec : 12,6 %)
- Taux d'anesthésies péridurales durant les accouchements vaginaux parmi les plus élevés au Québec avec 76,9 % (Québec : 69,5 %)
- Taux de mortalité infantile parmi les plus faibles au Québec avec 4,1 pour 1 000 naissances vivantes (Québec : 4,7)
- Suivi régulier : 66,7 % des enfants de 0 à 5 ans reçoivent leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C à l'intérieur de deux semaines du moment prévu (Québec : 50,2 %)

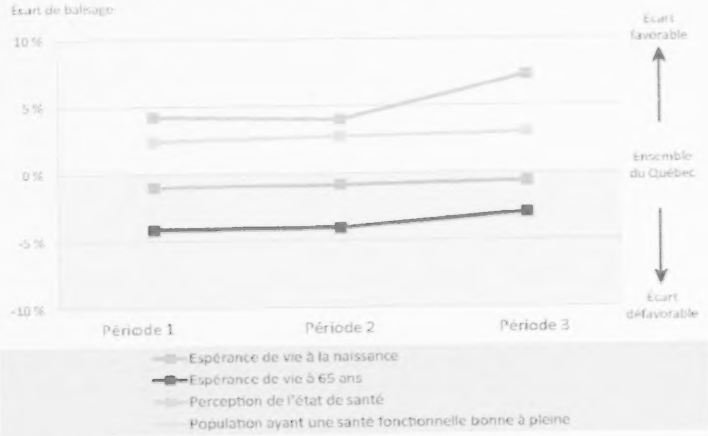
RETOUR

RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES
LAURENTIDES

Région 15



Indicateurs de la sous-dimension « Efficacité – santé globale »



Indicateurs favorables

- Tests de Pap
- Heures consacrées à la formation
- Perception de l'état de santé

Indicateurs défavorables

- Dépenses en santé
- Taux de médecins, d'infirmières et d'effectifs du réseau
- Mobilisation de la communauté
- Accessibilité des services d'urgence
- Attente pour une chirurgie de la cataracte
- Statut d'emploi
- Absentéisme
- Facteur de risque : inactivité physique

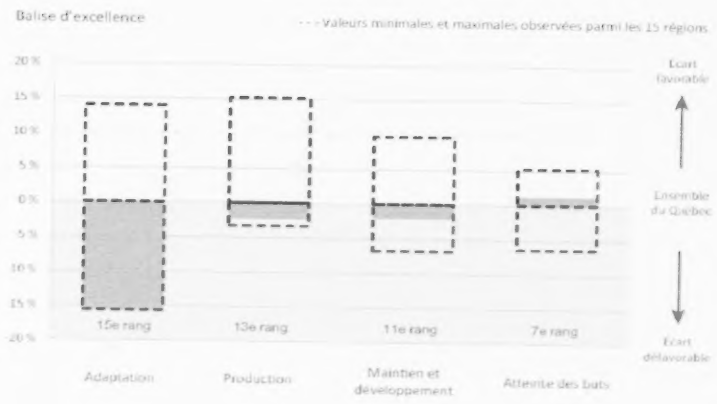
Faits saillants en périnatalité et en petite enfance

- Taux de chirurgies d'un jour pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans parmi les plus bas : 13,9 (Québec : 30,5)
- Suivi de grossesse à risque : taux d'hospitalisations anténatales le plus élevé du Québec avec 55,3 pour 1 000 naissances (Québec : 22,1)
- Coût moyen par naissance des services hospitaliers associés à l'accouchement : 983 $ (Québec : 1 483 $)
- Taux d'enfants de 0 à 5 ans recevant en CSSS leur première dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib (Pentacel) à l'intérieur de deux semaines du moment prévu au calendrier régulier du protocole d'immunisation du Québec (PIC) le plus bas dans la province : 54,4 % (Québec : 70,3 %)

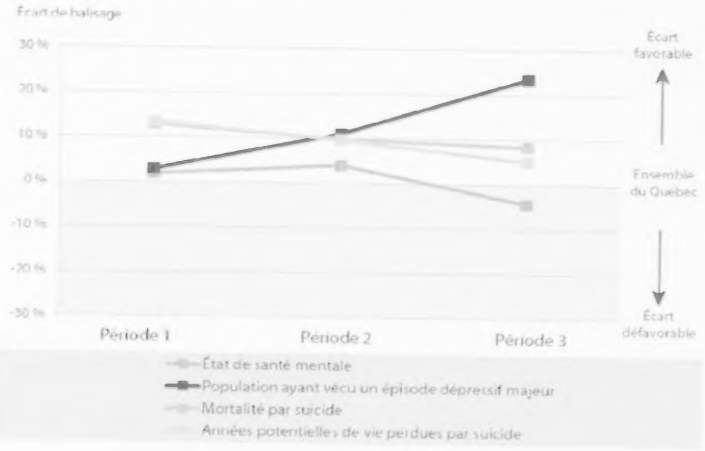
RETOUR

RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES
MONTÉRÉGIE

Région 16



Indicateurs de la sous-dimension « Efficacité – santé mentale »



Indicateurs favorables

- Accessibilité des services sociaux
- Population ayant vécu un épisode dépressif majeur
- Mortalité infantile
- Mortalité néonatale

Indicateurs défavorables

- Dépenses en santé
- Taux de médecins, d'infirmières et d'effectifs du réseau
- Lits de soins de courte durée
- Lits de soins de longue durée
- Innovations technologiques
- Attente pour les appels répondus par Info-Santé
- Productivité
- Heures consacrées à la formation
- Équité

Faits saillants en périnatalité et en petite enfance

- Coût moyen par naissance des services hospitaliers associés à l'accouchement parmi les plus bas au Québec avec 982 $ (Québec : 1 483 $)
- Taux de mortalité infantile parmi les plus faibles au Québec avec 4,1 pour 1 000 naissances vivantes (Québec : 4,7)
- Suivi régulier : plus faible proportion des enfants de 0 à 5 ans qui reçoivent leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C à l'intérieur de deux semaines du moment prévu avec 40,6 % (Québec : 50,2 %)
- Dépenses par habitant pour les organismes communautaires régionaux (contraception, allaitement, périnatalité et famille) : 1,80 $ (Québec : 0,96 $)

RÉGIONS INTERMÉDIAIRES

(BAS-SAINT-LAURENT, SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN, MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC, OUTAOUAIS)

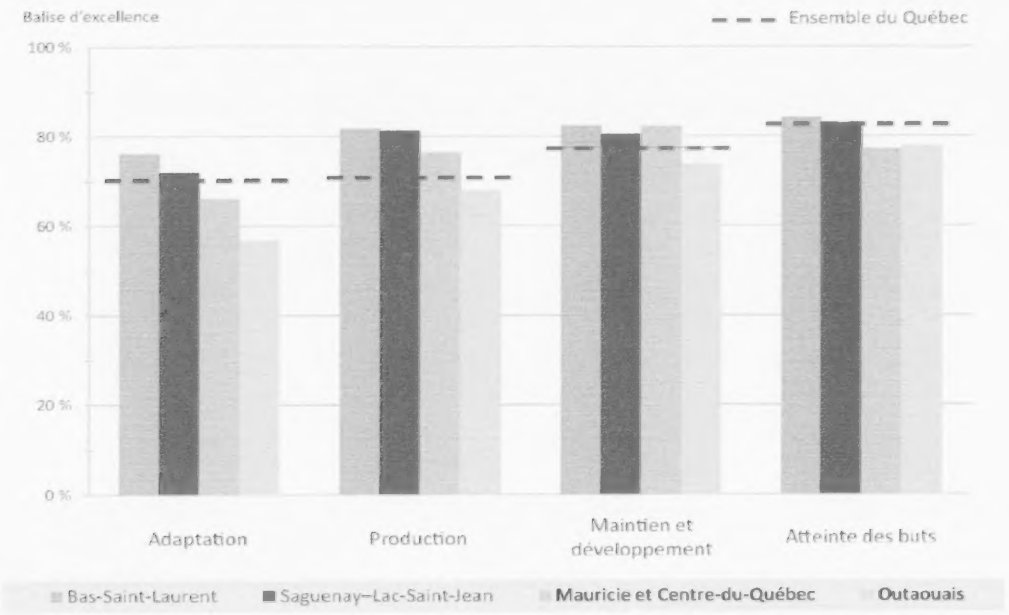
APERÇU GLOBAL

FONCTIONS ET SOUS-DIMENSIONS	BAS-SAINT-LAURENT		SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN		MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC		OUTAOUAIS	
	Résultat	Rang	Résultat	Rang	Résultat	Rang	Résultat	Rang
Acquisition de ressources financières	81,6 %	6	73,8 %	8	69,1 %	9	58,8 %	11
Acquisition de ressources humaines	69,8 %	6	63,7 %	8	55,3 %	9	46,5 %	11
Acquisition de ressources d'infrastructures	77,9 %	6	80,4 %	3	71,6 %	9	60,8 %	11
Innovations technologiques	92,0 %	2	72,9 %	6	66,6 %	7	45,5 %	15
Adaptation aux besoins de la population	94,2 %	5	91,9 %	7	91,4 %	9	84,8 %	15
Mobilisation de la communauté	69,7 %	4	68,5 %	5	63,5 %	6	59,7 %	7
Attraction des clientèles	48,2 %	7	51,2 %	5	45,5 %	9	41,8 %	11
Adaptation	78,2 %	3	**71,8 %**	**7**	69,1 %	9	**56,8 %**	**12**
Accessibilité des services médicaux et diagnostiques	79,3 %	4	77,8 %	8	77,4 %	9	64,2 %	14
Accessibilité des services préventifs	84,5 %	11	83,8 %	12	82,1 %	14	82,8 %	13
Accessibilité des services d'orientation	91,3 %	5	89,7 %	7	97,1 %	1	78,6 %	13
Accessibilité des services sociaux	51,2 %	6	49,7 %	7	49,2 %	8	63,8 %	3
Accessibilité des services d'urgence	89,2 %	6	100,0 %	1	66,5 %	7	36,7 %	13
Accessibilité des services chirurgicaux	91,8 %	3	93,1 %	1	78,5 %	12	82,2 %	6
Qualité	78,5 %	7	71,8 %	11	68,5 %	12	60,0 %	15
Productivité	88,2 %	5	84,0 %	6	92,1 %	2	75,6 %	14
Production	81,8 %	2	**81,2 %**	**3**	78,4 %	8	**68,0 %**	**14**
Statut d'emploi	91,7 %	10	90,2 %	12	92,2 %	7	98,3 %	1
Formation	59,3 %	12	53,1 %	15	72,8 %	6	60,5 %	11
Utilisation des ressources humaines	97,6 %	2	97,9 %	1	76,0 %	6	45,7 %	15
Santé des professionnels	90,9 %	8	84,1 %	12	89,1 %	9	87,5 %	10
Stabilité du personnel	72,4 %	11	76,3 %	8	81,0 %	4	76,8 %	7
Maintien et développement	82,4 %	5	**80,1 %**	**9**	82,0 %	5	**73,8 %**	**14**
Efficacité – santé globale	94,7 %	10	93,6 %	12	96,0 %	8	93,4 %	13
Efficacité – facteurs de risque	81,5 %	10	82,3 %	8	78,5 %	11	75,5 %	13
Efficacité – santé maternelle et infantile	84,0 %	3	83,3 %	4	73,9 %	11	74,9 %	10
Efficacité – santé mentale	69,4 %	11	74,0 %	6	65,8 %	12	69,7 %	10
Efficacité – traumatismes	63,4 %	9	57,3 %	13	58,1 %	11	70,4 %	5
Efficacité – morbidités	85,7 %	7	83,0 %	12	84,1 %	10	84,7 %	8
Satisfaction globale	97,9 %	5	98,0 %	4	96,8 %	8	91,0 %	15
Équité	97,7 %	1	91,1 %	2	63,9 %	14	63,3 %	15
Atteinte des buts	84,3 %	3	**82,8 %**	**8**	77,1 %	12	**77,8 %**	**11**

RETOUR

Selon la comparaison globale des quatre fonctions du modèle, la majorité des régions intermédiaires ont des écarts favorables plus marqués pour les fonctions de production et de maintien et développement que pour les autres fonctions, où les résultats tendent à se regrouper autour des moyennes québécoises. Toutefois, ces constats ne s'appliquent pas à la région de l'Outaouais, qui se compare souvent à une région en périphérie d'une région universitaire, à cause de sa proximité géographique avec la ville d'Ottawa. Ainsi, l'Outaouais obtient pour l'ensemble des fonctions des résultats inférieurs à ceux des régions de son groupe d'appartenance.

De manière plus détaillée, le Bas-Saint-Laurent est la région intermédiaire qui obtient les résultats les plus favorables pour chacune des quatre fonctions. À l'échelle du Québec, cela signifie un 2e rang en production, tout juste devant le Saguenay–Lac-Saint-Jean (3e rang), qui a aussi son meilleur classement pour la fonction de production. C'est pour le maintien et développement que la région de la Mauricie et Centre-du-Québec obtient son meilleur classement (6e rang), tout près du Bas-Saint-Laurent (5e rang).



APERÇU SELON LES FONCTIONS DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

Adaptation

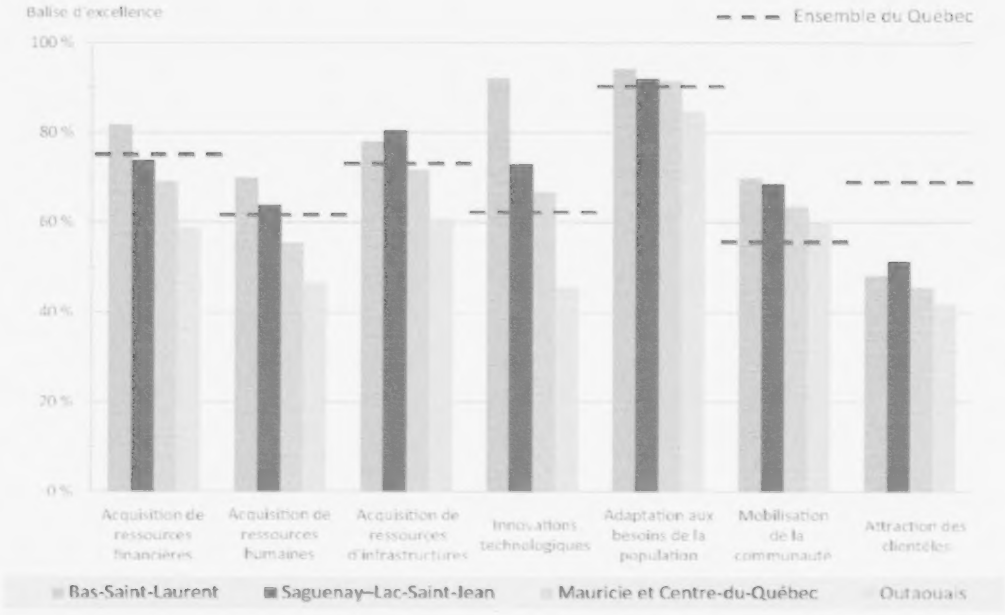
À l'exception de l'Outaouais (12e rang), les régions intermédiaires se situent entre le 5e et le 9e rang au Québec pour ce qui est de la capacité d'adaptation, tout comme pour la plupart des sous-dimensions mesurant l'acquisition de ressources. La région du Bas-Saint-Laurent présente un niveau d'atteinte de la balise supérieur à celui de l'ensemble du Québec et un 6e rang pour chacune de ces sous-dimensions. Cela signifie que le Bas-Saint-Laurent a la plus grande capacité d'acquisition de ressources financières et humaines parmi le groupe des régions intermédiaires, mais c'est plutôt le Saguenay–Lac-Saint-Jean qui a le résultat le plus élevé pour l'acquisition de ressources d'infrastructures (3e rang). Les niveaux d'atteinte de la balise pour la région de la Mauricie et Centre-du-Québec, dans les sous-dimensions liées à l'acquisition de ressources, se situent défavorablement, comparativement aux résultats québécois (9e rang).

Pour les innovations technologiques, un écart favorable marqué par rapport à la moyenne québécoise distingue la région du Bas-Saint-Laurent (2e rang). Les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean (6e rang) et de la Mauricie et Centre-du-Québec (7e rang) ont également des résultats favorables. En contrepartie, l'Outaouais (15e rang) présente de faibles niveaux d'atteinte de la balise, qui doivent cependant être interprétés prudemment : en effet, étant donné qu'une certaine proportion des tests d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (TDM) obtenus par les résidants de l'Outaouais sont réalisés dans la région d'Ottawa, ces tests ne sont pas comptabilisés.

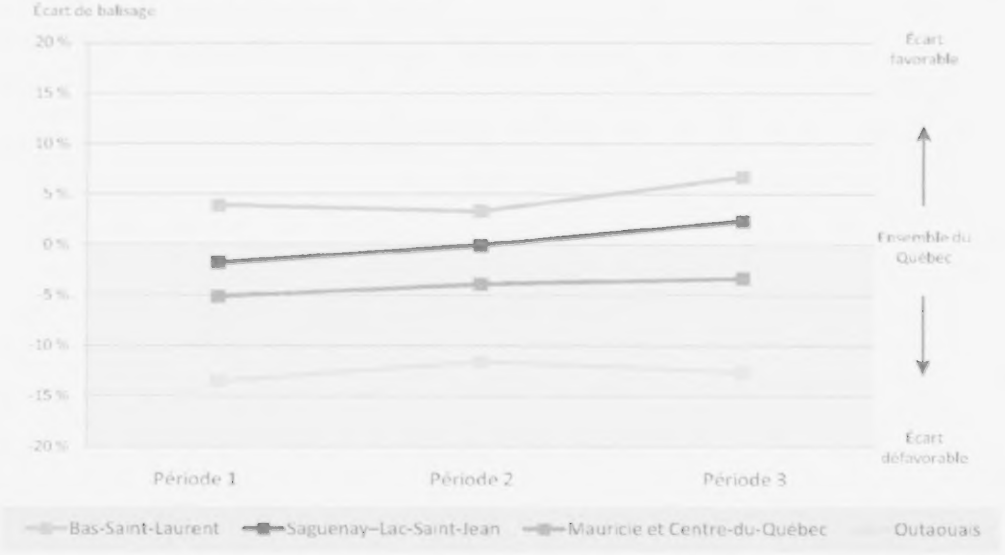
En ce qui concerne la capacité de s'adapter aux besoins de la population, le classement des régions intermédiaires est semblable à celui de la sous-dimension des innovations technologiques : le Bas-Saint-Laurent (5e rang), le Saguenay–Lac-Saint-Jean (7e rang) et la Mauricie et Centre-du-Québec (9e rang) ont des niveaux d'atteinte de la balise supérieurs à ceux du Québec, alors que ceux de l'Outaouais sont inférieurs (15e rang).

En matière de mobilisation de la communauté, toutes les régions intermédiaires présentent des écarts favorables par rapport à l'ensemble du Québec (entre le 4e et le 7e rang). Au contraire, elles obtiennent des résultats inférieurs à la moyenne québécoise pour leur capacité d'attraction des clientèles. Les écarts ne signifient pas pour autant un classement trop défavorable à l'échelle du Québec pour le Saguenay–Lac-Saint-Jean (5e rang), le Bas-Saint-Laurent (7e rang) et la Mauricie et Centre-du-Québec (9e rang), car le résultat de l'ensemble du Québec est fortement influencé par celui des régions universitaires.

RETOUR



De 2004-2005 à 2008-2009, les tendances temporelles globales pour l'adaptation démontrent une amélioration de la performance relative pour les régions intermédiaires. La région de l'Outaouais connaît d'abord une légère diminution de son écart négatif, mais elle a tout de même un déficit de plus de 12 % par rapport à l'ensemble du Québec. Une amélioration similaire s'observe également pour la Mauricie et Centre-du-Québec : cette région se situe à environ 4 % seulement en dessous de la moyenne québécoise. Les résultats de balisage du Bas-Saint-Laurent dénotent, quant à eux, une plus forte augmentation, ce qui lui permet de se distancier positivement à l'égard de la moyenne québécoise. Une amélioration du même ordre est aussi notable au Saguenay–Lac-Saint-Jean, qui a réduit son écart par rapport au résultat de l'ensemble du Québec et qui l'a même dépassé de 2004-2005 (période 1) à 2008-2009 (période 3).



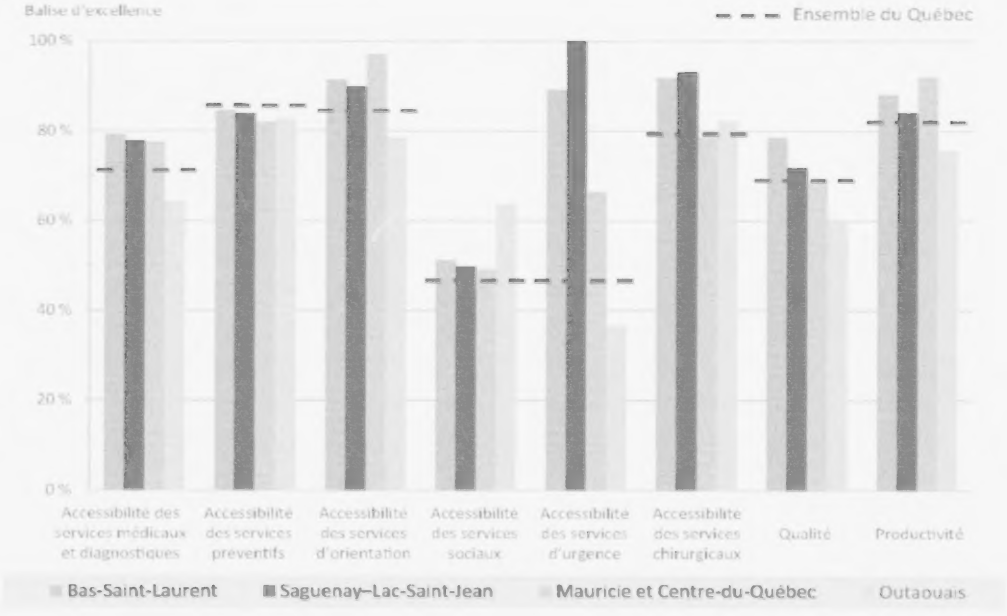
Production

Pour la fonction de production, l'ordonnancement des régions intermédiaires à l'intérieur de leur groupe est le même que celui pour la fonction d'adaptation. Cependant, les résultats sont supérieurs dans l'ensemble à ceux de l'adaptation : le Bas-Saint-Laurent (2e rang), le Saguenay–Lac-Saint-Jean (3e rang) et la Mauricie et Centre-du-Québec (8e rang) obtiennent des niveaux d'atteinte de la balise supérieurs à ceux de l'ensemble du Québec, ce qui n'est pas le cas pour l'Outaouais (14e rang).

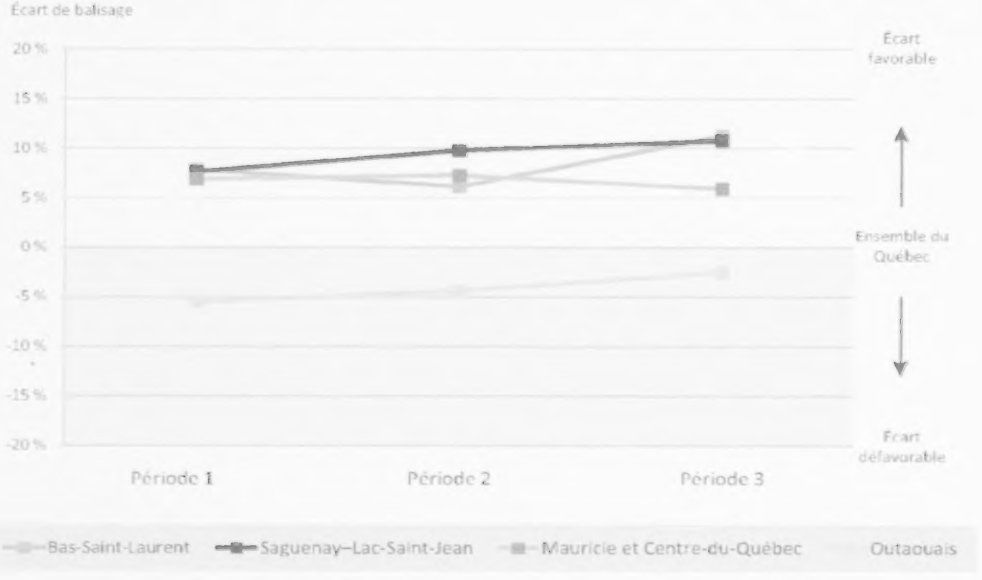
En ce qui a trait à l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques, des services d'orientation et des services d'urgence, les résultats sont plus favorables pour les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de la Mauricie et Centre-du-Québec que pour l'Outaouais. Parmi les performances marquées dans ces sous-dimensions, celle de la Mauricie et Centre-du-Québec se démarque pour l'accessibilité des services d'orientation (1er rang), de même que celle du Saguenay–Lac-Saint-Jean pour l'accessibilité des services d'urgence (1er rang). Sur le plan de l'accessibilité des services préventifs, les régions intermédiaires présentent des résultats inférieurs à la moyenne québécoise : les régions se classent à cet égard entre le 11e et le 14e rang.

En matière d'accessibilité des services sociaux, les calculs effectués démontrent la situation inverse de plusieurs autres sous-dimensions, puisque le résultat le plus élevé parmi les régions intermédiaires appartient à l'Outaouais (3e rang). Les autres régions enregistrent tout de même des résultats légèrement supérieurs à ceux de l'ensemble du Québec (entre le 6e et le 8e rang). Au regard de l'accessibilité des services chirurgicaux, les régions du Bas-Saint-Laurent (3e rang) et du Saguenay–Lac-Saint-Jean (1er rang) se distinguent favorablement, tout comme l'Outaouais (6e rang), dans une moindre mesure. Seule la région de la Mauricie et Centre-du-Québec (12e rang) présente un niveau d'atteinte de la balise inférieur à celui du Québec.

Quant à la sous-dimension de la qualité, elle varie selon les régions : Bas-Saint-Laurent (7e rang), Saguenay–Lac-Saint-Jean (11e rang), Mauricie et Centre-du-Québec (12e rang) et Outaouais (15e rang). Enfin, la productivité témoigne d'un haut niveau d'atteinte de la balise pour la région de la Mauricie et Centre-du-Québec (2e rang), suivie par le Bas-Saint-Laurent (5e rang) et le Saguenay–Lac-Saint-Jean (6e rang). Toutefois, l'Outaouais (14e rang) présente un écart défavorable par rapport au résultat de l'ensemble du Québec.



Selon une analyse temporelle réalisée par rapport aux années de données allant de 2005 à 2010, les résultats des régions intermédiaires, sauf ceux de l'Outaouais, se démarquent positivement vis-à-vis de ceux de l'ensemble du Québec. Plus précisément, le Bas-Saint-Laurent et le Saguenay–Lac-Saint-Jean, à la suite d'une légère amélioration, terminent avec des écarts favorables à plus de 10 % des niveaux d'atteinte de la balise de l'ensemble du Québec. En contrepartie, la Mauricie et Centre-du-Québec, qui se situait presque au même niveau que ces régions au début de la période étudiée, a connu un léger recul pour terminer avec un écart positif d'environ 6 %. L'Outaouais, pour sa part, est la seule de son groupe à avoir un écart négatif par rapport à la moyenne québécoise, mais cet écart tend à s'amenuiser avec le temps : il s'est effectivement amélioré de 3 % par rapport à la proportion québécoise d'atteinte de la balise de 2005 à 2010.

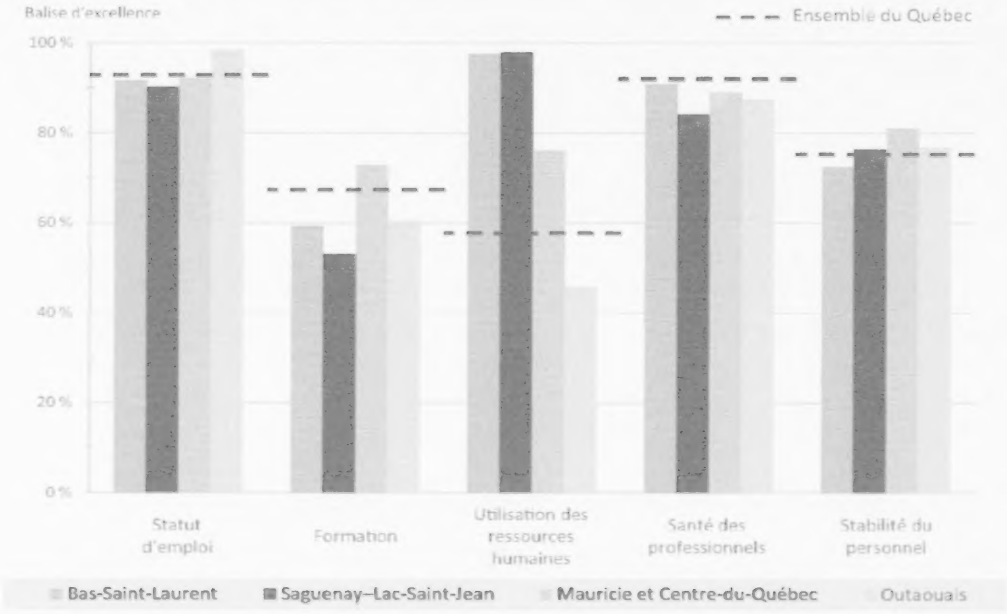


Maintien et développement

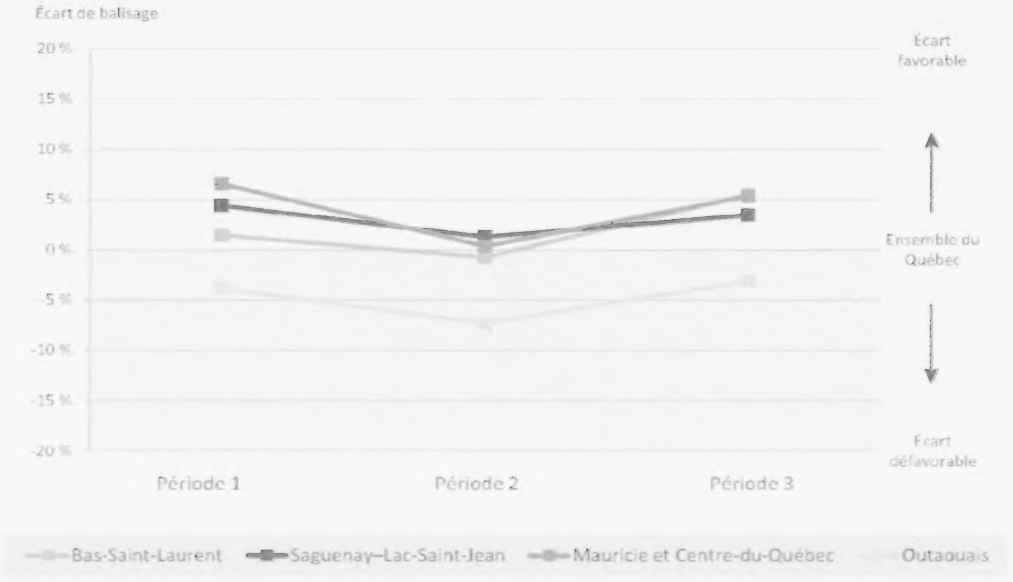
Pour ce qui est du maintien et développement, à l'exception de l'Outaouais, les régions intermédiaires obtiennent des résultats supérieurs à ceux de l'ensemble du Québec, même si ces résultats ne se classent pas parmi les plus élevés au Québec. Pour cette fonction liée au climat organisationnel, une grande variation est perceptible selon la sous-dimension dont il est question. Par rapport au statut d'emploi, c'est l'Outaouais (1er rang) qui s'illustre, alors que la Mauricie et Centre-du-Québec (7e rang), le Bas-Saint-Laurent (10e rang) et le Saguenay–Lac-Saint-Jean (12e rang) ont plutôt des résultats inférieurs à ceux de l'ensemble du Québec. Pour la formation, la Mauricie et Centre-du-Québec (6e rang) a des niveaux d'atteinte de la balise au-dessus de ceux de l'ensemble du Québec, alors que les autres régions intermédiaires se situent en dessous, avec des positions entre le 11e et le 15e rang.

En ce qui concerne l'utilisation des ressources humaines, les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean (1er rang) et du Bas-Saint-Laurent (2e rang) présentent un écart favorable par rapport au reste du Québec, tout comme la Mauricie et Centre-du-Québec (6e rang), dont l'écart est moins prononcé. Le résultat de l'Outaouais (15e rang) est inférieur à celui des autres régions de son groupe, ce qui s'explique par un plus grand recours aux heures supplémentaires et aux agences privées pour les soins infirmiers.

Dans la sous-dimension de la santé des professionnels, qui est fortement liée au taux d'absentéisme, les régions intermédiaires obtiennent toutes des niveaux d'atteinte de la balise en deçà de ceux de l'ensemble du Québec, sans pour autant être parmi les plus faibles du Québec : elles se situent entre le 8e et le 12e rang. En matière de stabilité du personnel, la Mauricie et Centre-du-Québec (4e rang) se distingue, alors que l'Outaouais (7e rang) et le Saguenay–Lac-Saint-Jean (8e rang) atteignent un résultat comparable à celui de l'ensemble du Québec. La région du Bas-Saint-Laurent (11e rang) présente toutefois un écart défavorable.



Pour la fonction de maintien et développement, l'analyse de la variation des résultats de 2005-2006 (période 1) à 2008-2009 (période 3) révèle que la région du Bas-Saint-Laurent a augmenté son écart favorable par rapport à l'ensemble du Québec d'environ 4 % d'atteinte de la balise. De plus, l'Outaouais a légèrement amélioré son résultat, ce qui a réduit son écart défavorable vis-à-vis de la moyenne québécoise d'environ 1 %. Les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de la Mauricie et Centre-du-Québec se maintiennent favorablement par rapport à l'ensemble du Québec, même si elles ont subi une légère diminution de 2005-2006 (période 1) à 2008-2009 (période 3).



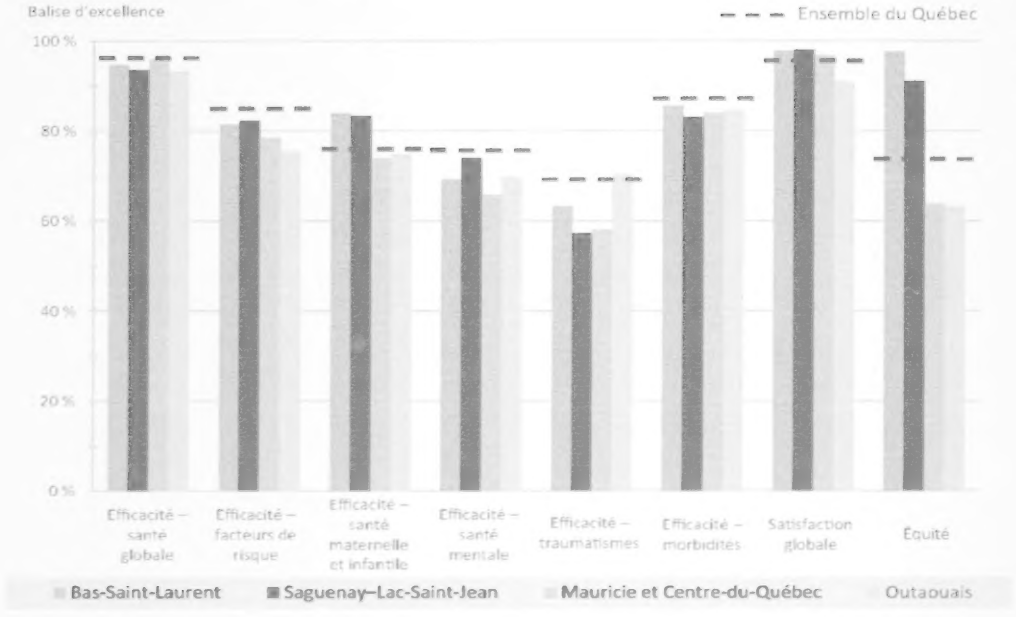
Atteinte des buts

Parmi les régions intermédiaires, le résultat le plus élevé en atteinte des buts appartient à la région du Bas-Saint-Laurent (5e rang), suivie par le Saguenay–Lac-Saint-Jean (8e rang). Les régions de l'Outaouais (11e rang) et de la Mauricie et Centre-du-Québec (12e rang) se situent, quant à elles, sous la moyenne québécoise. Pour les sous-dimensions se rapportant à l'efficacité liée à la santé globale et aux facteurs de risque, les niveaux d'atteinte de la balise des régions intermédiaires ne dépassent pas ceux de l'ensemble du Québec, ce qui les classe entre le 8e et le 13e rang à l'échelle du Québec. Toutefois, en santé maternelle et infantile, le Bas-Saint-Laurent (3e rang) et le Saguenay–Lac-Saint-Jean (4e rang) se distinguent de leur groupe, c'est-à-dire qu'ils présentent des écarts favorables par rapport à l'ensemble du Québec, contrairement aux niveaux d'atteinte de la balise de l'Outaouais (10e rang) et de la Mauricie et Centre-du-Québec (11e rang).

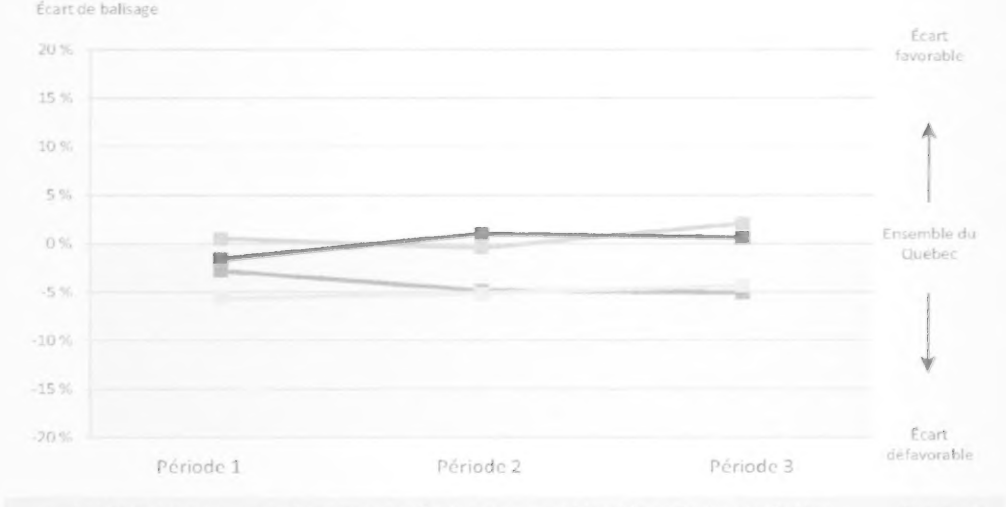
Les résultats des régions intermédiaires quant à l'efficacité en santé mentale sont inférieurs à ceux de l'ensemble du Québec, même si le Saguenay–Lac-Saint-Jean se classe au 6e rang à l'échelle du Québec. Les trois autres régions intermédiaires se classent entre le 10e et le 12e rang pour cette sous-dimension. Le même type de répartition se remarque aussi pour ce qui est des traumatismes : cette fois, c'est plutôt l'Outaouais (5e rang) qui s'illustre favorablement par rapport aux autres régions de son groupe, alors que ces dernières sont réparties du 9e au 13e rang. La sous-dimension de l'efficacité liée aux morbidités se caractérise encore une fois par des résultats inférieurs à ceux de l'ensemble du Québec, mais les régions intermédiaires ne se classent pas pour autant parmi les dernières à l'échelle québécoise (entre le 7e et le 12e rang).

De leur côté, les niveaux d'atteinte de la balise pour la satisfaction globale témoignent d'une plus grande satisfaction de la population envers les soins reçus dans les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean (4e rang), du Bas-Saint-Laurent (5e rang) et de la Mauricie et Centre-du-Québec (8e rang) que dans l'Outaouais (15e rang). Le portrait de l'équité entre les populations favorisées et défavorisées pour certains indicateurs souligne de son côté les grandes disparités de résultats entre le Bas-Saint-Laurent (1er rang) et le Saguenay–Lac-Saint-Jean (2e rang), comparativement à la Mauricie et Centre-du-Québec (14e rang) et à l'Outaouais (15e rang). À cet égard, les populations défavorisées du Bas-Saint-Laurent

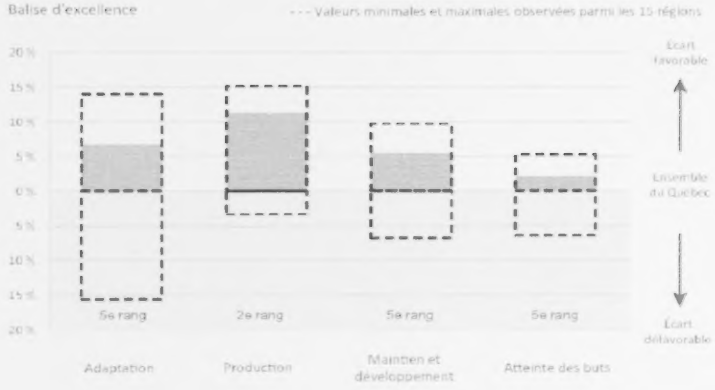
et du Saguenay–Lac-Saint-Jean présentent des écarts négatifs moins prononcés par rapport aux populations favorisées pour certains résultats de santé, tels que la mortalité infantile, la mortalité évitable ou encore l'espérance de vie.



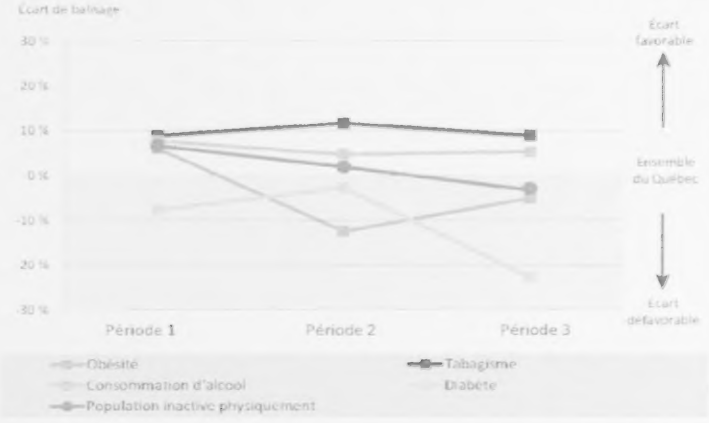
L'évolution temporelle des résultats de balisage de 2003 à 2009 montre des améliorations pour les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de l'Outaouais. Dans le cas du Saguenay–Lac-Saint-Jean, cette amélioration a permis de changer l'écart négatif par rapport à l'ensemble du Québec en écart positif pendant la période de temps à l'étude. La tendance inverse est observable pour la Mauricie et Centre-du-Québec, dont l'écart négatif s'est accentué d'un peu plus de 2 % par rapport à la moyenne du Québec.



RÉGION INTERMÉDIAIRE
BAS-SAINT-LAURENT
Région 01



Indicateurs de la sous-dimension « Efficacité – facteurs de risque »



Indicateurs favorables

- Taux de médecins omnipraticiens
- Examens en tomodensitométrie
- Examens en imagerie par résonance magnétique
- Mobilisation de la communauté
- Accessibilité des services d'urgence
- Accessibilité des services chirurgicaux
- Recours aux heures supplémentaires et aux agences privées pour les soins infirmiers
- Grossesses chez les adolescentes
- Équité

Indicateurs défavorables

- Prévalence du diabète
- Mortalité et années potentielles de vie perdues par suicide

Faits saillants en périnatalité et en petite enfance

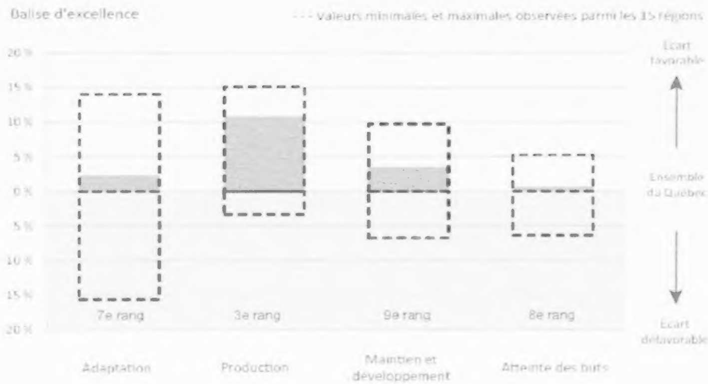
- Suivi de grossesse normale : proportion des femmes ayant consulté un médecin 6 fois ou plus durant la grossesse parmi les plus faibles dans la province : 75,4 % (Québec : 94,3 %)
- Taux total d'accouchements assistés (forceps et ventouse obstétricale) parmi les accouchements vaginaux le plus élevé au Québec : 18 % (Québec : 12,6 %)
- Taux d'enfants de 0 à 4 ans inscrits dans un centre de réadaptation en déficience physique le plus bas au Québec avec 12,8 pour 1 000 (Québec : 28,9)
- Proportion de la population de 0 à 4 ans par rapport à la population totale : 5,0 % (Québec : 5,4 %)

RETOUR

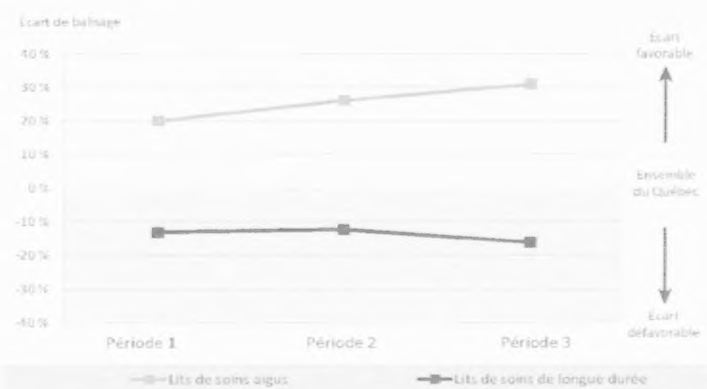
RÉGION INTERMÉDIAIRE

SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN

Région 02



Indicateurs de la sous-dimension «Acquisition de ressources d'infrastructures»



Indicateurs favorables

- Lits de soins aigus
- Mobilisation de la communauté
- Population ayant un médecin de famille
- Vaccination contre l'influenza
- Accessibilité des services d'urgence
- Accessibilité des services chirurgicaux
- Recours aux heures supplémentaires et aux agences privées pour les soins infirmiers
- Facteur de risque : obésité
- Équité

Indicateurs défavorables

- Lits de soins de longue durée
- Heures consacrées à la formation
- Incidence et mortalité liées au cancer

Faits saillants en périnatalité et en petite enfance

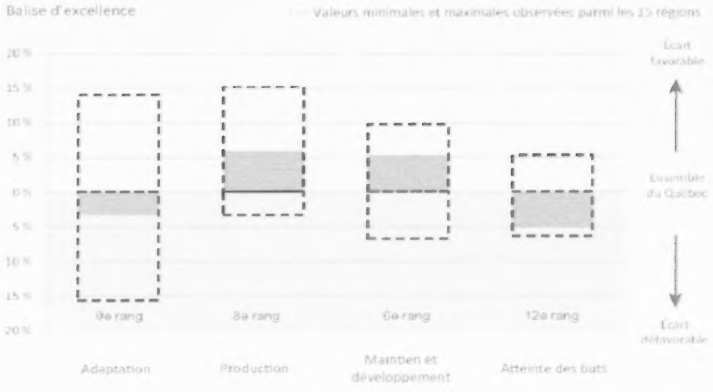
- Suivi de grossesse à risque : taux d'hospitalisations anténatales parmi les plus faibles au Québec avec 12,9 pour 1 000 naissances (Québec : 22,1)
- Deuxième plus faible coût moyen par naissance des services hospitaliers associés aux nouveau-nés : 812 $ (Québec : 831 $)
- Taux de faibles poids à la naissance de 5,3 % (Québec : 5,7 %)
- Suivi régulier : plus forte proportion des enfants de 0 à 5 ans qui reçoivent leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C à l'intérieur de deux semaines du moment prévu avec 70,3 % (Québec : 50,2 %)
- Dépenses par habitant pour les organismes communautaires régionaux (contraception, allaitement, périnatalité et famille) : 1,97 $ (Québec : 0,96 $)

RETOUR

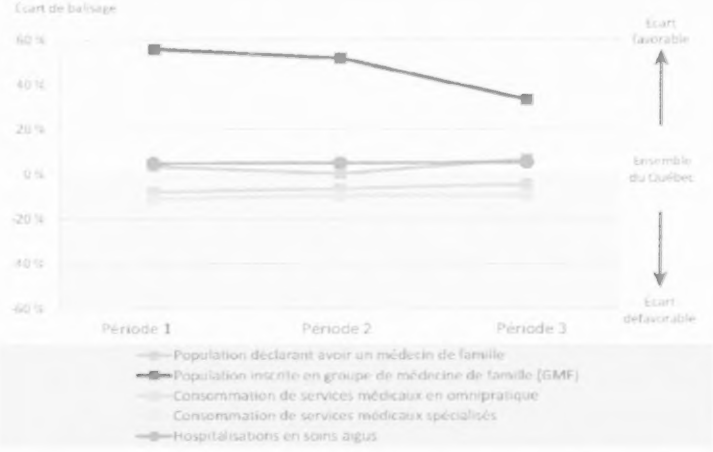
RÉGION INTERMÉDIAIRE

MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC

Région 04



Indicateurs de la sous-dimension « Accessibilité des services médicaux et diagnostiques »



Indicateurs favorables

- Mobilisation de la communauté
- Population inscrite en GMF
- Accessibilité des services d'orientation (Info-Santé)
- Productivité
- Recours aux heures supplémentaires et aux agences privées pour les soins infirmiers
- Stabilité du personnel

Indicateurs défavorables

- Attraction des clientèles
- Tests de Pap
- Attente pour une chirurgie du genou
- Mortalité par suicide
- Équité
- Prévalence du diabète

Faits saillants en périnatalité et en petite enfance

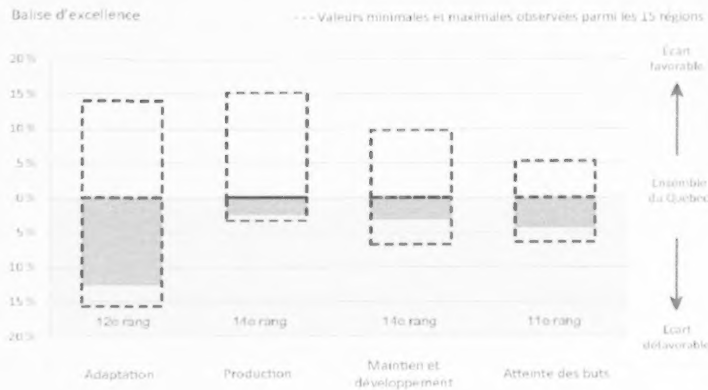
- Suivi de grossesse à risque : taux d'hospitalisations anténatales de 13,8 pour 1 000 naissances (Québec : 22,1)
- Taux de mortalité infantile parmi les plus élevés au Québec avec 5,4 pour 1 000 naissances vivantes (Québec : 4,7)
- Suivi régulier : 41,7 % des enfants de 0 à 5 ans reçoivent leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C à l'intérieur de deux semaines du moment prévu (Québec : 50,2 %)

RETOUR

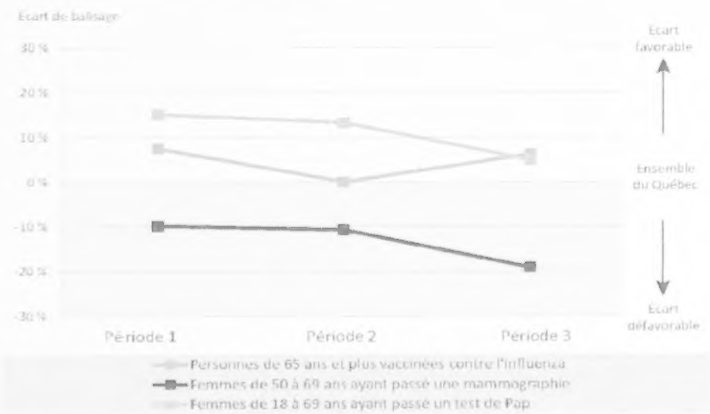
RÉGION INTERMÉDIAIRE

OUTAOUAIS

Région 07



Indicateurs de la sous-dimension « Accessibilité des services préventifs »



Indicateurs favorables

- Attente pour une chirurgie de la hanche
- Attente pour une chirurgie du genou
- Statut d'emploi
- Incidence du cancer

Indicateurs défavorables

- Examens en imagerie par résonance magnétique
- Besoins non satisfaits en matière de santé
- Mammographies
- Accessibilité des services d'urgence
- Incidence de *C. difficile*
- Recours aux heures supplémentaires et aux agences privées pour les soins infirmiers
- Heures consacrées à la formation
- Espérance de vie à 65 ans
- Facteur de risque : obésité

Faits saillants en périnatalité et en petite enfance

- Taux de césariennes le plus élevé du Québec avec 27,7% (Québec : 23,1%)
- Coût moyen des services dentaires pour 1 000 enfants de 0 à 4 ans le plus bas au Québec avec 9 000 $ (Québec : 13 200 $)
- Taux de pédiatres pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans le plus faible au Québec avec 0,61 (Québec : 1,11)
- Taux le plus bas au Québec d'heures travaillées (ETC) pour le bloc obstétrical, la maternité et les soins généraux aux nouveau-nés, pour 1 000 naissances : 42,3

RETOUR

RÉGIONS ÉLOIGNÉES

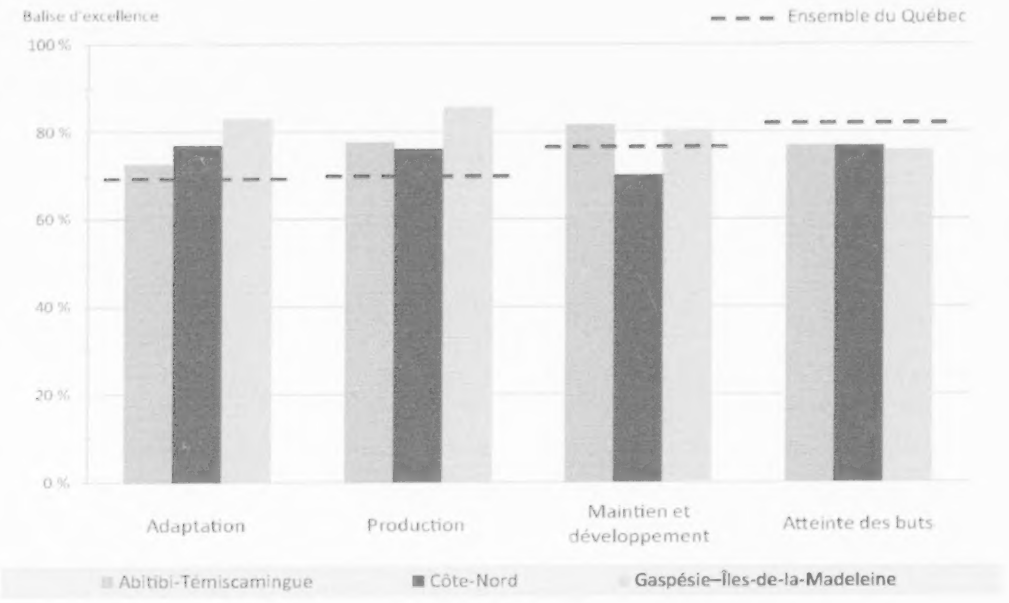
(ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, CÔTE-NORD, GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE)

APERÇU GLOBAL

FONCTIONS ET SOUS-DIMENSIONS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE		CÔTE-NORD		GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	
	Résultat	Rang	Résultat	Rang	Résultat	Rang
Acquisition de ressources financières	81,9 %	5	91,4 %	4	93,6 %	2
Acquisition de ressources humaines	67,4 %	7	71,5 %	5	83,4 %	3
Acquisition de ressources d'infrastructures	76,6 %	7	80,0 %	4	78,1 %	5
Innovations technologiques	64,4 %	8	79,1 %	3	93,7 %	1
Adaptation aux besoins de la population	91,4 %	8	94,8 %	4	99,8 %	1
Mobilisation de la communauté	77,6 %	3	88,0 %	2	100,0 %	1
Attraction des clientèles	49,1 %	6	32,9 %	14	31,8 %	15
Adaptation	**72,6 %**	**6**	**76,8 %**	**4**	**82,9 %**	**2**
Accessibilité des services médicaux et diagnostiques	78,8 %	6	85,5 %	1	81,9 %	3
Accessibilité des services préventifs	86,5 %	8	90,1 %	1	85,1 %	10
Accessibilité des services d'orientation	77,3 %	15	96,0 %	2	92,5 %	3
Accessibilité des services sociaux	58,0 %	4	47,0 %	10	80,6 %	1
Accessibilité des services d'urgence	89,4 %	5	58,8 %	8	91,2 %	3
Accessibilité des services chirurgicaux	81,3 %	7	68,2 %	14	82,3 %	5
Qualité	66,4 %	13	81,7 %	4	80,1 %	5
Productivité	83,1 %	8	80,6 %	11	91,5 %	3
Production	**77,5 %**	**7**	**76,0 %**	**9**	[illegible]	**1**
Statut d'emploi	92,0 %	9	97,3 %	2	92,2 %	8
Formation	86,3 %	3	71,4 %	7	79,6 %	5
Utilisation des ressources humaines	69,8 %	7	51,3 %	13	63,4 %	8
Santé des professionnels	94,4 %	3	64,5 %	15	86,3 %	11
Stabilité du personnel	65,7 %	15	66,4 %	14	80,2 %	5
Maintien et développement	**81,6 %**	**7**	**70,2 %**	**15**	**80,5 %**	**1**
Efficacité – santé globale	87,7 %	15	96,2 %	6	91,9 %	14
Efficacité – facteurs de risque	74,0 %	14	73,9 %	15	76,5 %	12
Efficacité – santé maternelle et infantile	89,5 %	1	67,7 %	15	73,4 %	12
Efficacité – santé mentale	58,5 %	15	61,9 %	14	62,9 %	13
Efficacité – traumatismes	48,1 %	15	57,3 %	12	50,6 %	14
Efficacité – morbidités	82,8 %	13	79,8 %	14	79,1 %	15
Satisfaction globale	97,6 %	6	96,4 %	9	99,5 %	1
Équité	76,3 %	7	80,4 %	4	72,6 %	8
Atteinte des buts	**70,8 %**	**15**	**76,7 %**	**14**	**75,8 %**	**15**

RETOUR

Dans l'ensemble, les régions éloignées obtiennent des résultats supérieurs à la moyenne du Québec pour les fonctions d'adaptation et de production, mais inférieurs pour l'atteinte des buts. Les écarts positifs les plus marqués en adaptation et en production se concentrent surtout en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (2e en adaptation et 1er en production), alors que l'écart défavorable observé en atteinte des buts s'applique à toutes les régions du groupe, qui occupent les trois dernières positions à l'échelle du Québec. Pour le maintien et développement, l'Abitibi-Témiscamingue (7e rang) et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (8e rang) se démarquent favorablement par rapport à la moyenne québécoise, contrairement à la Côte-Nord (15e rang).



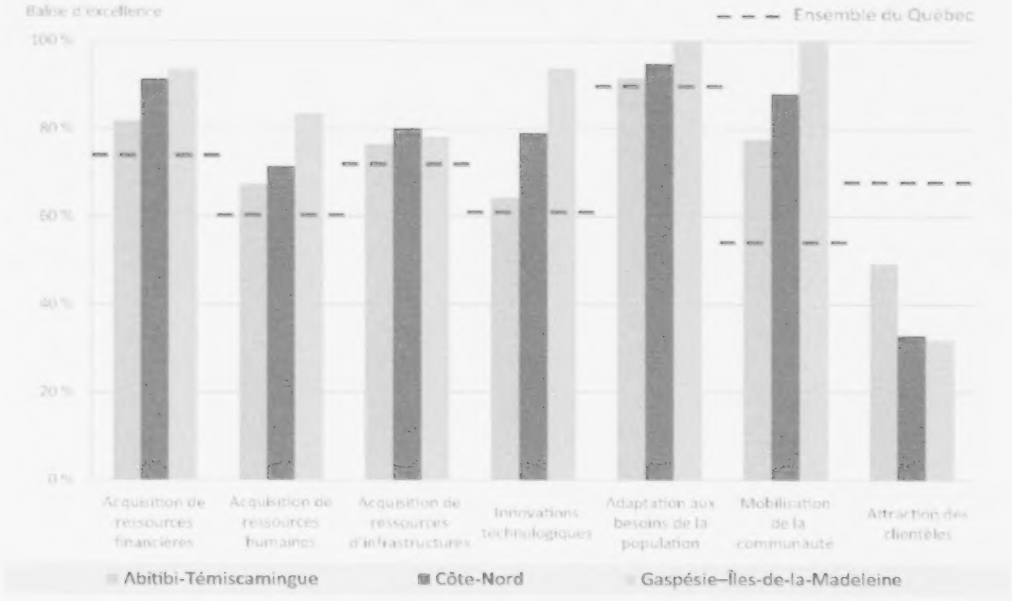
APERÇU SELON LES FONCTIONS DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

Adaptation

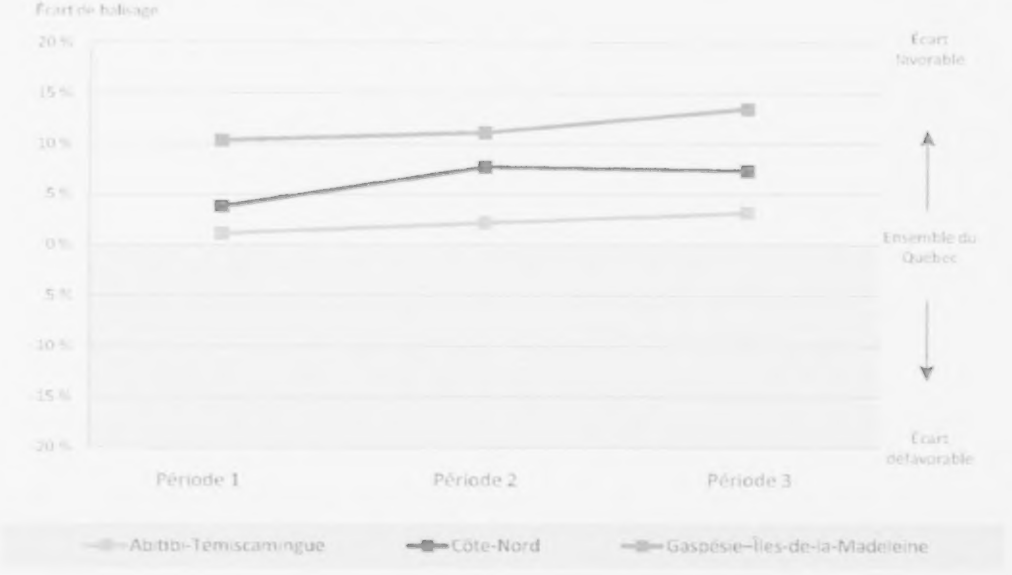
La capacité d'adaptation des régions éloignées se caractérise par un haut niveau d'atteinte de la balise pour la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (2e rang), qui est suivie par la Côte-Nord (4e rang) et l'Abitibi-Témiscamingue (6e rang). Les régions éloignées ont des résultats favorables pour les trois sous-dimensions liées à l'acquisition de ressources. Cela peut s'expliquer en partie par les particularités des régions éloignées, telles que la nécessité de fournir des services de proximité malgré l'étalement géographique et la faible densité de la population. Pour ces sous-dimensions, la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine obtient généralement les niveaux d'atteinte de la balise les plus élevés parmi son groupe (entre le 2e et le 5e rang), suivie par la Côte-Nord (4e ou 5e rang) et l'Abitibi-Témiscamingue (5e ou 7e rang).

Sur le plan des innovations technologiques, la même tendance se dessine : la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (1er rang) devance la Côte-Nord (3e rang) et l'Abitibi-Témiscamingue (8e rang). Chacune des régions éloignées présente un résultat supérieur à celui de l'ensemble québécois pour cette sous-dimension, tout comme pour celles de l'adaptation aux besoins de la population et de la mobilisation de la communauté. En effet, les niveaux d'atteinte de la balise des régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (1er rang), de la Côte-Nord (4e rang) et de l'Abitibi-Témiscamingue (8e rang) pour l'adaptation aux besoins de la population sont favorables. Quant à la mobilisation de la communauté, les régions éloignées obtiennent les trois premières places à l'échelle du Québec, ce qui témoigne d'un meilleur investissement communautaire et d'un sentiment d'appartenance à la communauté locale plus fort dans ces régions.

Pour ce qui est de l'attraction des clientèles, les résultats des régions éloignées sont inférieurs à ceux de l'ensemble du Québec. Bien entendu, ces résultats sont étroitement liés à la situation géographique des régions de ce groupe : les taux de desserte extrarégionale sont moindres qu'ailleurs et la rétention des hospitalisations est plus élevée que celle des régions en périphérie des régions universitaires, mais moins élevée que celle des autres régions du Québec. Néanmoins, l'Abitibi-Témiscamingue (6e rang) présente des niveaux d'atteinte de la balise plus élevés que ceux de la Côte-Nord (14e rang) et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (15e rang).



L'analyse de l'évolution temporelle de l'écart relatif de balisage en adaptation révèle une tendance à l'amélioration plutôt constante pour les régions éloignées. L'ampleur de l'amélioration pour ces régions varie approximativement de 2 à 4 % par rapport à la proportion québécoise d'atteinte des balises. De plus, ces régions se situent toutes au-dessus de la moyenne québécoise et leur classement n'a pas changé durant la période étudiée, soit de 2004-2005 à 2008-2009.

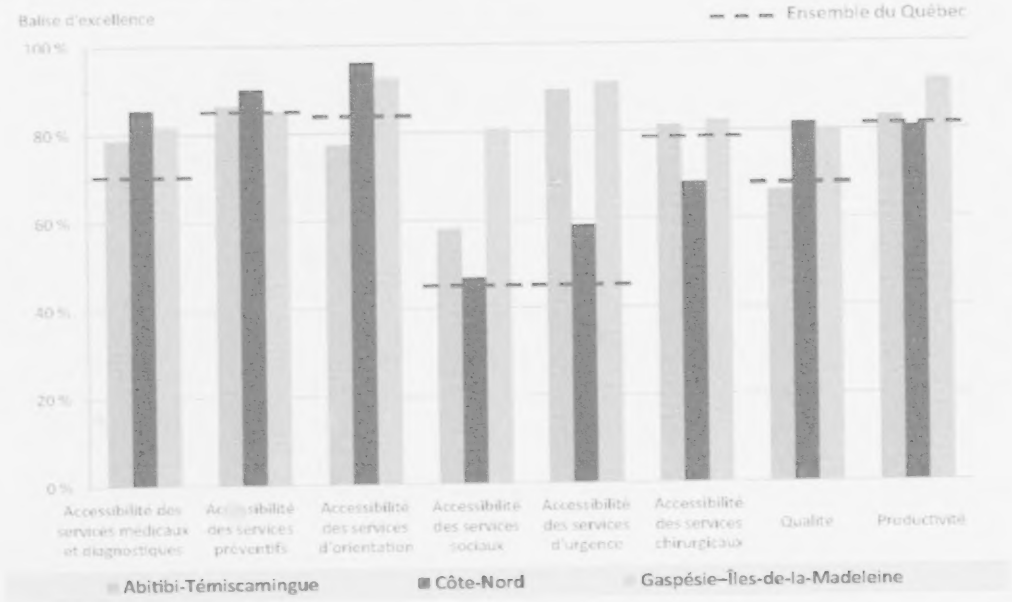


Production

À l'égard de la production, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (1er rang) se distingue tout particulièrement par rapport à l'ensemble québécois. L'Abitibi-Témiscamingue (7e rang) et la Côte-Nord (9e rang) obtiennent aussi des niveaux d'atteinte de la balise supérieurs à ceux de l'ensemble du Québec, mais de manière moins prononcée. Plus précisément, l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques se caractérise par des performances supérieures à celle de l'ensemble du Québec pour les trois régions éloignées, mais surtout pour la Côte-Nord (1er rang). Sur le plan de l'accessibilité des services préventifs, la Côte-Nord a un résultat du même ordre (1er rang), mais l'Abitibi-Témiscamingue (8e rang) et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (10e rang) oscillent plutôt autour du résultat québécois. À propos de l'accessibilité des services d'orientation, qui dépend de la proportion des appels répondus par Info-Santé et des délais qui y sont associés, les régions de la Côte-Nord (2e rang) et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (3e rang) présentent des niveaux d'atteinte de la balise très favorables, contrairement à l'Abitibi-Témiscamingue (15e rang).

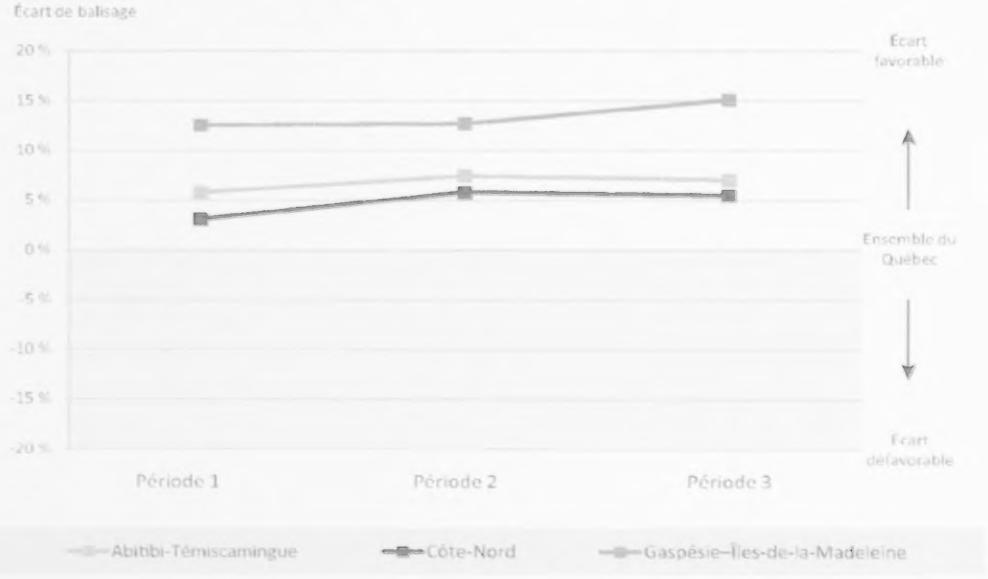
Pour l'accessibilité des services sociaux, ce sont plutôt la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (1er rang) et l'Abitibi-Témiscamingue (4e rang) qui s'illustrent, alors que le résultat de la Côte-Nord (10e rang) est plus près de celui de l'ensemble du Québec. L'ordonnancement observé parmi les régions éloignées est similaire en ce qui concerne l'accessibilité des services d'urgence et des services chirurgicaux. Les résultats en accessibilité des services d'urgence sont cependant plus favorables pour la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (3e rang), l'Abitibi-Témiscamingue (5e rang) et la Côte-Nord (8e rang) que ceux en accessibilité des services chirurgicaux, même si la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (5e rang) et l'Abitibi-Témiscamingue (7e rang) obtiennent des résultats supérieurs à celui de l'ensemble du Québec. La Côte-Nord (14e rang) se situe toutefois en deçà de la moyenne québécoise pour cette sous-dimension.

Finalement, pour la sous-dimension se rapportant à la qualité, les régions de la Côte-Nord (4e rang) et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (5e rang) se démarquent positivement par rapport à la moyenne québécoise, ce qui n'est pas le cas pour l'Abitibi-Témiscamingue (13e rang). La Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine présente également un écart favorable pour ce qui est de la productivité (3e rang), ce qui la distingue des autres régions de son groupe, car l'Abitibi-Témiscamingue (8e rang) et la Côte-Nord (11e rang) se trouvent plus près de la moyenne québécoise.



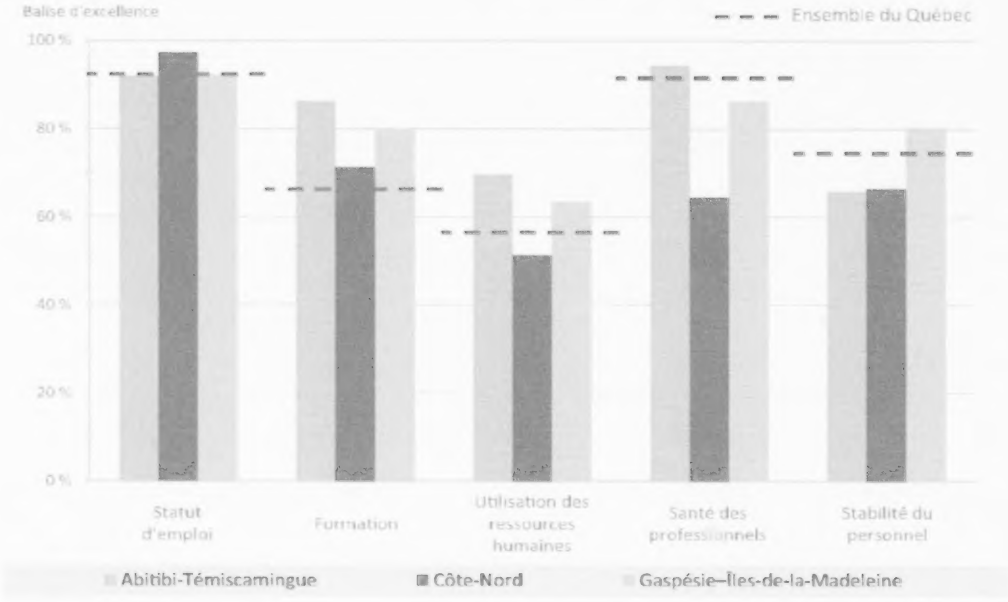
RETOUR

Un regard sur l'évolution temporelle de 2005 à 2010, pour la fonction de production, permet de constater une stabilité quant aux tendances et aux écarts vis-à-vis de l'ensemble du Québec. Les résultats des régions éloignées se caractérisent par une amélioration de l'ordre d'environ 1 à 3 % par rapport à la proportion québécoise moyenne d'atteinte des balises. Celle qui s'est le plus améliorée au cours de la période de temps étudiée est la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Cette dernière a effectivement accru son écart positif par rapport à l'ensemble du Québec et aux autres régions de son groupe, qui se sont, elles aussi, distanciées positivement vis-à-vis du résultat québécois.

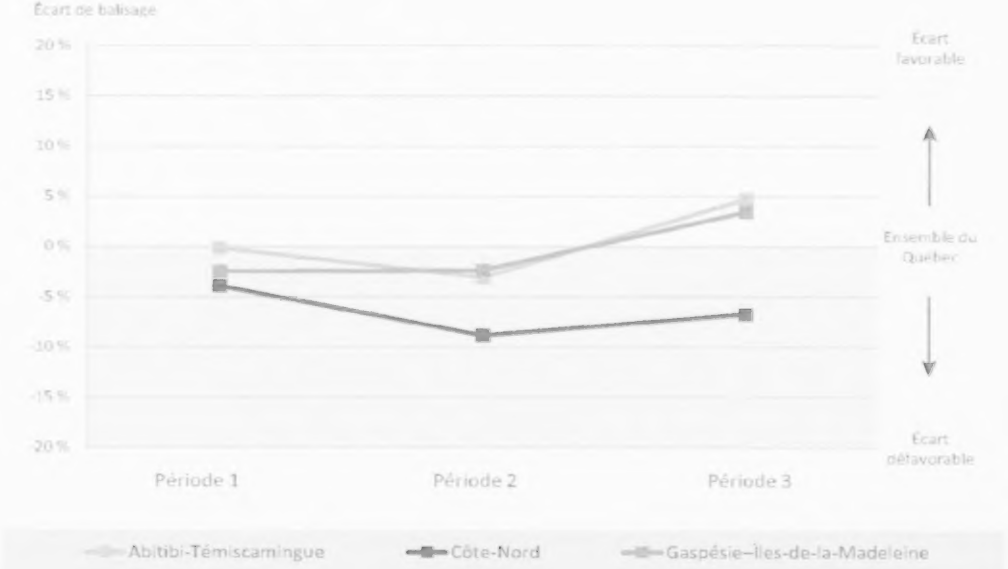


Maintien et développement

En ce qui concerne le maintien et développement, les niveaux d'atteinte de la balise pour les régions de l'Abitibi-Témiscamingue (7e rang) et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (8e rang) se distinguent favorablement par rapport au résultat québécois, contrairement à la Côte-Nord (15e rang). Toutefois, les profils des différentes sous-dimensions varient en fonction des indicateurs utilisés. Pour les indicateurs liés au statut d'emploi, la Côte-Nord (2e rang) obtient des niveaux d'atteinte de la balise favorables, alors que les résultats de l'Abitibi-Témiscamingue (9e rang) et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (8e rang) se situent près de celui de l'ensemble du Québec. En contrepartie, pour les sous-dimensions de la formation, de l'utilisation des ressources humaines et de la santé des professionnels, c'est plutôt l'Abitibi-Témiscamingue qui se démarque par rapport aux autres régions de son groupe. En formation, les trois régions éloignées montrent des niveaux d'atteinte de la balise supérieurs à celui de l'ensemble du Québec (entre le 3e et le 7e rang). Pour l'utilisation des ressources humaines, le résultat de la Côte-Nord (13e rang) se trouve en dessous de la moyenne québécoise. Par ailleurs, pour la santé des professionnels, seule l'Abitibi-Témiscamingue (3e rang) présente un écart favorable à l'égard de la moyenne québécoise. En effet, les régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (11e rang) et de la Côte-Nord (15e rang) ont des niveaux d'atteinte de la balise inférieurs à ceux du Québec pour cette sous-dimension, à cause des fortes proportions d'absentéisme observées dans ces régions. En matière de stabilité du personnel, c'est la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (5e rang) qui obtient le résultat le plus favorable de son groupe, alors que la Côte-Nord (14e rang) et l'Abitibi-Témiscamingue (15e rang) ont des écarts défavorables.



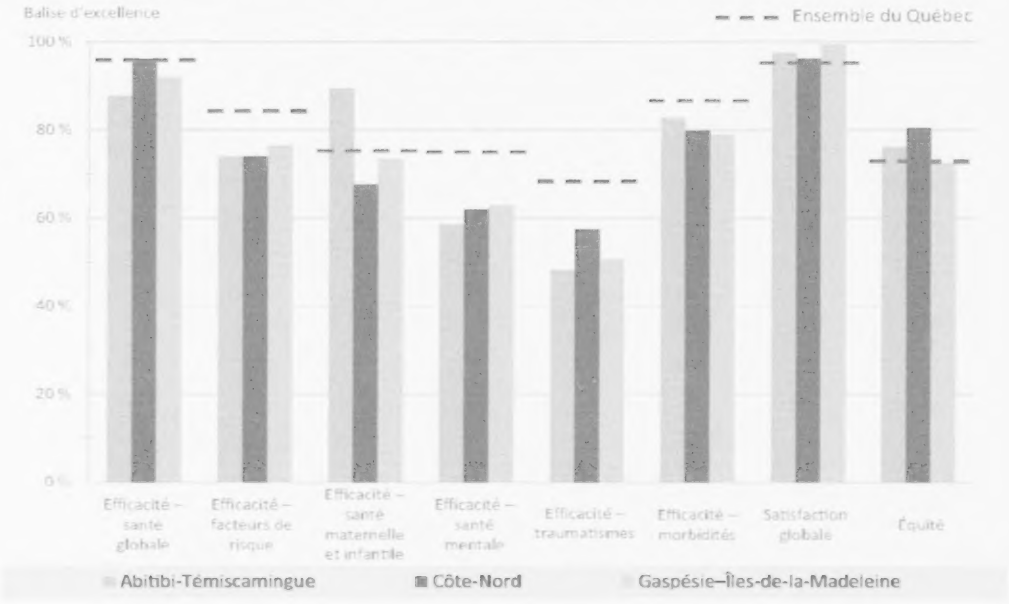
De 2005-2006 (période 1) à 2008-2009 (période 3), la variation temporelle observée pour les régions éloignées révèle une amélioration de l'écart relatif d'environ 5 à 6% pour la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et l'Abitibi-Témiscamingue. Cela signifie que ces deux régions ont d'abord comblé l'écart négatif par rapport à l'ensemble du Québec, pour ensuite s'en distancier positivement. En contrepartie, le résultat de la Côte-Nord a diminué de près de 3%, ce qui contribue à accentuer l'écart négatif qui sépare cette région de l'ensemble du Québec.



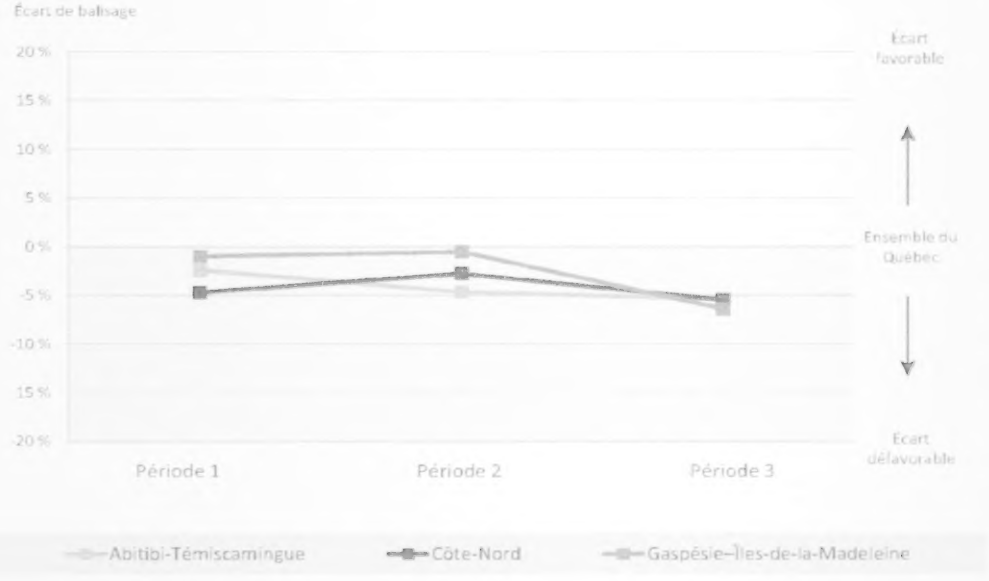
RETOUR

Atteinte des buts

Selon les résultats agrégés de la fonction d'atteinte des buts, les régions éloignées se trouvent parmi celles qui ont les écarts défavorables les plus marqués à l'échelle du Québec (entre le 13e et le 15e rang). Parmi les sous-dimensions de l'efficacité, sur le plan de la santé globale, la Côte-Nord (6e rang) obtient un résultat comparable à celui de l'ensemble du Québec, devant ceux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (14e rang) et de l'Abitibi-Témiscamingue (15e rang). Pour la santé maternelle et infantile, l'Abitibi-Témiscamingue (1er rang) s'illustre grâce à de faibles taux de mortalité infantile et néonatale, ce qui lui procure un écart positif par rapport à la moyenne québécoise, contrairement à la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (12e rang) et à la Côte-Nord (15e rang), où les résultats sont en deçà de ceux de la moyenne québécoise. Pour l'ensemble des autres sous-dimensions liées à l'efficacité, soit les facteurs de risque, la santé mentale, les traumatismes et les morbidités, les régions éloignées obtiennent des résultats inférieurs à ceux du Québec : leur position varie entre le 12e et le 15e rang.

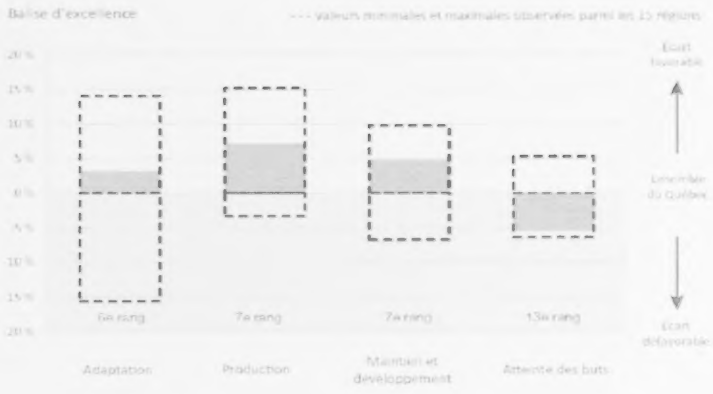


En matière d'atteinte des buts, les régions éloignées présentent des écarts défavorables par rapport aux autres régions du Québec, à cause d'une diminution des niveaux d'atteinte de la balise de 2003 à 2009. En effet, pour chacune des régions éloignées, l'écart défavorable par rapport à la moyenne québécoise s'est accentué. Le changement le plus marqué concerne la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine : son écart négatif est passé d'environ 1 à 6%. L'écart défavorable de l'Abitibi-Témiscamingue, pour sa part, a augmenté de 3%, alors que celui de la Côte-Nord n'a pas connu de variation notable.

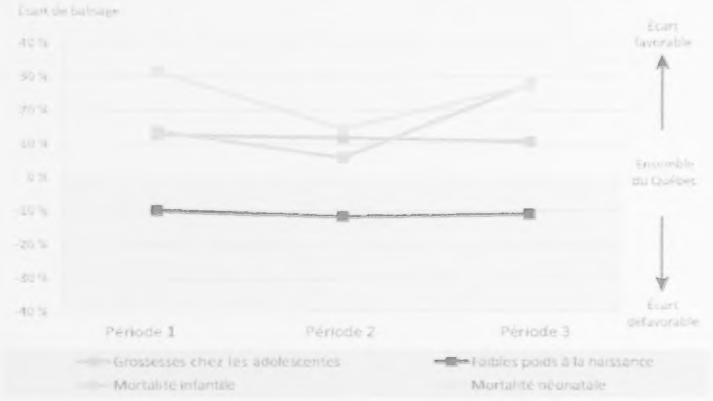


RETOUR

RÉGION ÉLOIGNÉE
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
Région 08



Indicateurs de la sous-dimension « Efficacité – santé maternelle et infantile »



Indicateurs favorables

- Mobilisation de la communauté
- Lits de soins de longue durée
- Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations de soins aigus
- Heures consacrées à la formation
- Mortalité infantile
- Mortalité néonatale

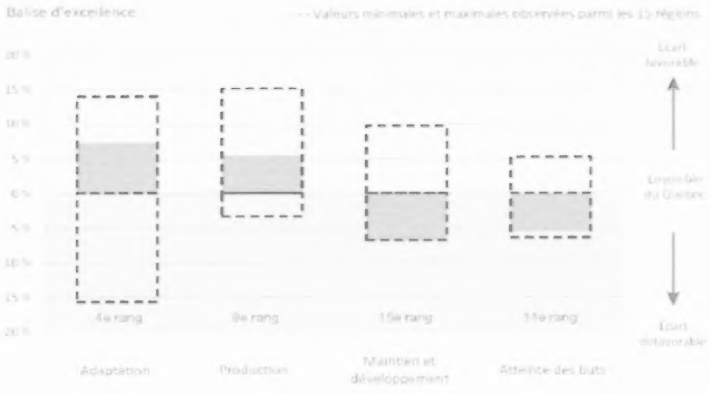
Indicateurs défavorables

- Attente pour les appels répondus par Info-Santé
- Taux de départ des effectifs
- Perception de l'état de santé
- Facteurs de risque : obésité, tabagisme et consommation d'alcool
- Santé mentale : suicides et dépressions
- Hospitalisations à la suite d'une blessure
- Mortalité par maladies du système respiratoire

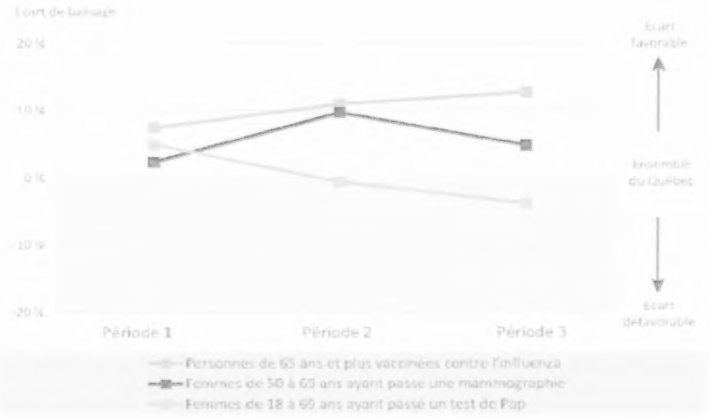
Faits saillants en périnatalité et en petite enfance

- Taux de faibles poids à la naissance de 7,0 % (Québec : 5,7 %)
- Taux de mortalité infantile le plus faible du Québec avec 3,4 pour 1 000 naissances vivantes (Québec : 4,7)
- Suivi régulier : 67,2 % des enfants de 0 à 5 ans reçoivent leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C à l'intérieur de deux semaines du moment prévu (Québec : 50,2 %)
- Taux de pédiatres pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans le plus élevé au Québec avec 1,58 (Québec : 1,11)

RÉGION ÉLOIGNÉE
CÔTE-NORD
Région 09



Indicateurs de la sous-dimension « Accessibilité des services préventifs »



Indicateurs favorables

- Dépenses en santé
- Taux de médecins omnipraticiens
- Examens en imagerie par résonance magnétique
- Mobilisation de la communauté
- Vaccination contre l'influenza
- Statut d'emploi

Indicateurs défavorables

- Attente en protection de la jeunesse
- Attente pour des chirurgies (hanche, genou et chirurgie d'un jour)
- Heures travaillées en temps supplémentaire pour l'ensemble du réseau
- Absentéisme
- Stabilité du personnel
- Facteurs de risque : tabagisme, obésité et inactivité physique
- Cancers
- Maladies du système respiratoire

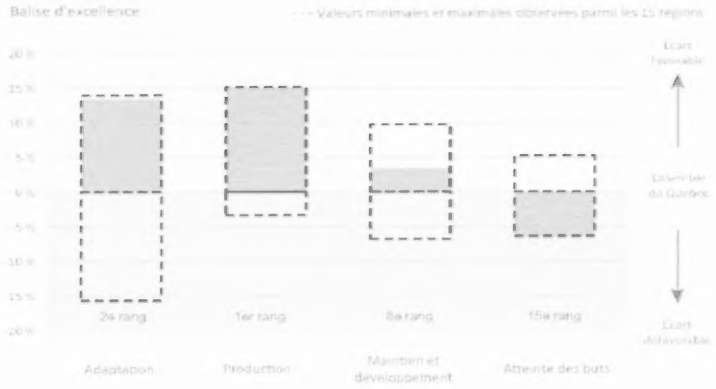
Faits saillants en périnatalité et en petite enfance

- Coût moyen par naissance des services hospitaliers associés à l'accouchement le plus faible au Québec : 872 $ (Québec : 1 483 $)
- Coût moyen des services dentaires pour 1 000 enfants de 0 à 4 ans le plus élevé du Québec avec 28 200 $ (Québec : 13 200 $)
- Plus faible taux au Québec d'accouchements assistés (forceps et ventouse obstétricale) parmi les accouchements vaginaux : 10,3 % (Québec : 12,6 %)
- Taux de pédiatres pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans : 0,74 (Québec : 1,11)

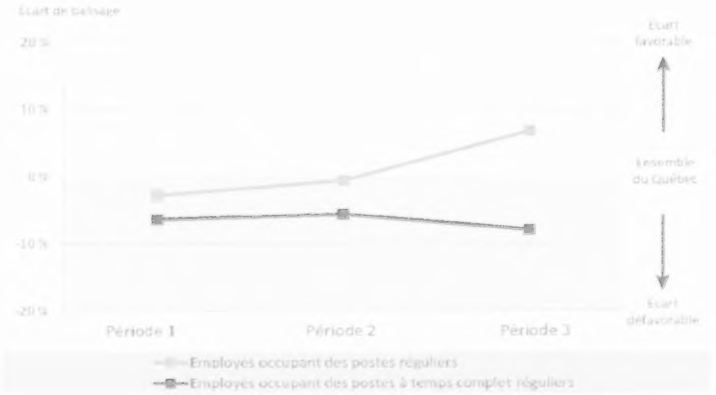
RETOUR

RÉGION ÉLOIGNÉE

GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE
Région 11



Indicateurs de la sous-dimension « Statut d'emploi »



Indicateurs favorables

- Dépenses en santé
- Taux de médecins omnipraticiens
- Examens en tomodensitométrie
- Examens en imagerie par résonance magnétique
- Adaptation aux besoins de la population
- Mobilisation de la communauté
- Accessibilité des services sociaux
- Accessibilité des services d'urgence
- Attente pour une chirurgie de la hanche
- Attente pour une chirurgie du genou
- Employés occupant des postes réguliers
- Satisfaction à l'égard des soins

Indicateurs défavorables

- Population inscrite en GMF
- Employés occupant des postes à temps complet réguliers
- Espérance de vie à la naissance
- Mortalité infantile
- Mortalité néonatale
- Mortalité par suicide
- Mortalité par traumatismes non intentionnels
- Incidence et mortalité liées au cancer

Faits saillants en périnatalité et en petite enfance

- Suivi de grossesse à risque : taux d'hospitalisations anténatales parmi les plus élevés du Québec avec 36,0 pour 1 000 naissances (Québec : 22,1)
- Taux de faibles poids à la naissance parmi les plus élevés du Québec avec 6,9 % (Québec : 5,7 %)
- Taux de mortalité infantile parmi les plus élevés du Québec avec 5,9 pour 1 000 naissances vivantes (Québec : 4,7)
- Proportion la plus faible de la population de 0 à 4 ans par rapport à la population totale avec 4,1 % (Québec : 5,4 %)

RETOUR

RÉGIONS ISOLÉES

APERÇU GLOBAL

FONCTIONS ET SOUS-DIMENSIONS	NORD-DU-QUÉBEC		NUNAVIK		TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES		ENSEMBLE DU QUÉBEC
	Résultat	Rang	Résultat	Rang	Résultat	Rang	Résultat
Acquisition de ressources financières	89,5 %	7	100,0 %	1	100,0 %	1	74,8 %
Acquisition de ressources humaines	76,1 %	5	81,7 %	4	75,3 %	6	61,6 %
Acquisition de ressources d'infrastructures	73,5 %	9	–	–	–	–	73,1 %
Innovations technologiques	78,4 %	5	45,1 %	17	38,7 %	18	62,3 %
Adaptation aux besoins de la population	–	–	–	–	–	–	90,0 %
Mobilisation de la communauté	98,1 %	3	*100,0 %*	*1*	–	–	55,6 %
Attraction des clientèles	72,4 %	3	23,7 %	17	10,2 %	18	68,9 %
Adaptation	[illegible]	[illegible]	***70,1 %***	***10***	[illegible]	[illegible]	**69,5 %**
Accessibilité des services médicaux et diagnostiques	78,1 %	10	*100,0 %*	*1*	*94,9 %*	*2*	71,2 %
Accessibilité des services préventifs	96,6 %	2	*74,7 %*	*18*	*100,0 %*	*1*	85,5 %
Accessibilité des services d'orientation	–	–	–	–	–	–	84,1 %
Accessibilité des services sociaux	*75,9 %*	*2*	–	–	–	–	46,7 %
Accessibilité des services d'urgence	–	–	–	–	–	–	46,6 %
Accessibilité des services chirurgicaux	*87,1 %*	*4*	–	–	–	–	79,4 %
Qualité	*84,5 %*	*4*	*21,0 %*	18	*31,7 %*	*17*	68,9 %
Productivité	80,4 %	14	*88,3 %*	*5*	*88,6 %*	*4*	81,8 %
Production	[illegible]	[illegible]	***71,0 %***	***13***	[illegible]	[illegible]	**70,5 %**
Statut d'emploi	94,3 %	5	68,1 %	18	72,0 %	17	92,7 %
Formation	92,5 %	2	21,2 %	18	28,3 %	17	67,1 %
Utilisation des ressources humaines	51,7 %	14	46,0 %	17	61,9 %	9	57,7 %
Santé des professionnels	64,5 %	17	80,3 %	14	97,8 %	2	91,9 %
Stabilité du personnel	89,0 %	3	66,2 %	17	100,0 %	1	75,1 %
Maintien et développement	[illegible]	[illegible]	***56,4 %***	***18***	[illegible]	[illegible]	**76,9 %**
Efficacité – santé globale	97,2 %	4	*70,0 %*	*18*	*91,1 %*	*16*	96,0 %
Efficacité – facteurs de risque	79,2 %	11	–	–	–	–	84,9 %
Efficacité – santé maternelle et infantile	*76,8 %*	*10*	36,7 %	18	46,2 %	17	75,9 %
Efficacité – santé mentale	*79,4 %*	*4*	*9,4 %*	*18*	*44,5 %*	*17*	75,7 %
Efficacité – traumatismes	*52,5 %*	*14*	*10,3 %*	*18*	*28,6 %*	*17*	69,1 %
Efficacité – morbidités	79,7 %	15	44,2 %	18	73,1 %	17	87,1 %
Satisfaction globale	–	–	–	–	–	–	95,5 %
Équité	–	–	–	–	–	–	73,6 %
Atteinte des buts	[illegible]	[illegible]	***34,1 %***	***18***	[illegible]	***17***	**82,2 %**

N. B. : Les résultats en italique signifient que le nombre d'indicateurs utilisés pour ces fonctions ou ces sous-dimensions est inférieur au nombre habituel. Ils sont présentés à titre indicatif seulement.

RETOUR

Les régions isolées, soit le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, possèdent des profils souvent atypiques lorsqu'elles sont comparées aux autres régions du Québec. De plus, les données sont moins disponibles pour plusieurs indicateurs, ce qui empêche la comparaison de plusieurs fonctions et sous-dimensions. Dans ce contexte, l'intérêt de l'interprétation des données de balisage se situe davantage dans la comparaison des trois régions isolées entre elles plutôt que dans la comparaison avec les autres régions du Québec. Cependant, lorsque cela est possible, les régions isolées sont classées parmi les régions du Québec à titre indicatif : si les données disponibles sont, à certains égards, insuffisantes pour qualifier la performance, elles permettent tout de même de mettre en évidence des éléments propres aux régions isolées et de les contextualiser à l'échelle du Québec. Quand il est question de déterminer le rang des régions parmi l'ensemble québécois, ce rang est comptabilisé par rapport aux dix-huit régions sociosanitaires (incluant les régions isolées), plutôt que par rapport aux quinze régions, comme ce fut le cas jusqu'ici.

Des données brutes portant sur les indicateurs sont également fournies pour les régions isolées, de manière à mettre l'accent sur les indicateurs disponibles, ce qui peut contraster avec le style des analyses présentées jusqu'à maintenant dans ce document. L'utilisation de résultats agrégés pour les fonctions ou les sous-dimensions n'est donc pas privilégiée lorsque le nombre d'indicateurs étudiés est moindre pour les régions isolées, comparativement aux autres régions. Pour une compréhension plus approfondie des indicateurs utilisés et des résultats présentés, vous pouvez consulter les données détaillées qui sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être, dans la section *Graphiques* ou *Atlas CSBE* (www.csbe.gouv.qc.ca).

APERÇU SELON LES FONCTIONS DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

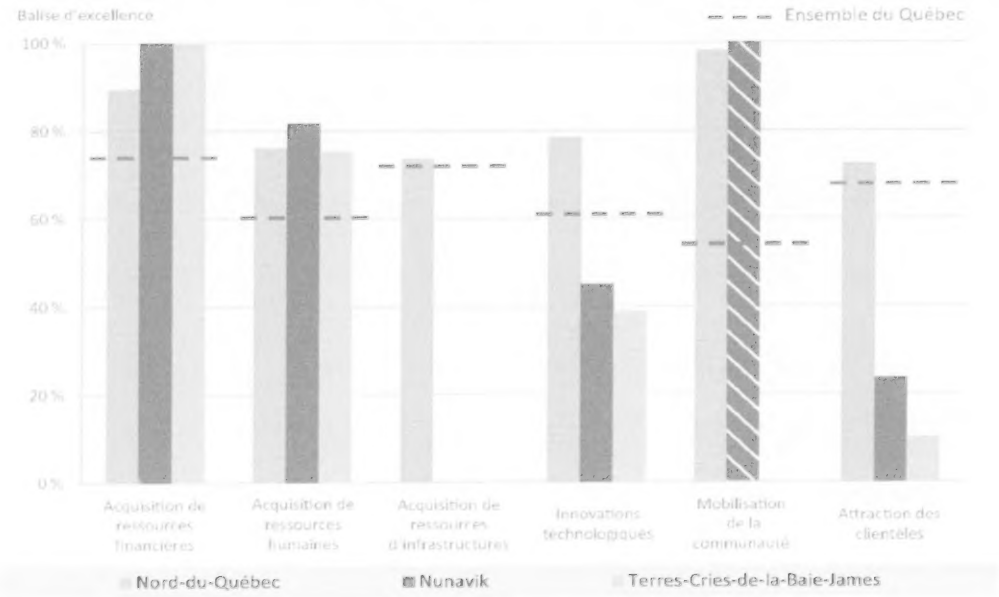
Adaptation

En adaptation, les régions isolées se caractérisent par une capacité d'acquisition de ressources financières et humaines au-dessus de la moyenne québécoise. En effet, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James atteignent facilement la balise fixée pour les quinze autres régions du Québec pour ce qui est des ressources financières. À titre d'exemple, les dépenses nettes en santé en 2008-2009 se chiffrent à 3 365 $ par habitant pour le Nord-du-Québec, à 11 251 $ pour le Nunavik et à 8 482 $ pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James, comparativement à 2 220 $ pour l'ensemble du Québec. Au chapitre des ressources humaines, les résultats des régions isolées les situeraient entre le 4e et le 6e rang à l'échelle québécoise, avec des résultats supérieurs à ceux de l'ensemble du Québec, principalement à cause des taux de médecins omnipraticiens, qui sont plus élevés que ceux observés ailleurs au Québec. Néanmoins, dans les régions isolées, les taux de médecins spécialistes sont moins élevés que ceux des autres régions québécoises.

Sur le plan des innovations technologiques, un écart favorable par rapport à la moyenne québécoise distingue le Nord-du-Québec, autant pour les examens en tomodensitométrie (TDM) que pour les imageries par résonance magnétique (IRM). Par contre, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James révèlent des niveaux d'atteinte de la balise inférieurs à ceux de l'ensemble du Québec dans ce domaine, ce qui signifierait respectivement un 17e et un 18e rang.

En ce qui a trait à la mobilisation de la communauté, dans le Nord-du-Québec, une grande proportion de personnes déclarent un fort ou très fort sentiment d'appartenance à leur communauté. Cette région, tout comme le Nunavik, obtient aussi un haut niveau d'investissement dans le secteur communautaire. Les dépenses pour les organismes communautaires sont d'environ 245 $ par habitant pour le Nord-du-Québec et de 415 $ pour le Nunavik, comparativement à une moyenne de 56 $ dans l'ensemble du Québec.

Finalement, en ce qui concerne la sous-dimension de l'attraction des clientèles, le Nord-du-Québec obtient un résultat supérieur à celui de l'ensemble du Québec, ce qui est principalement causé par un haut degré de desserte extrarégionale. En effet, moins de la moitié des hospitalisations des résidants s'effectue dans cette région. Ce résultat s'explique par le fait que le Nord-du-Québec reçoit une bonne quantité de personnes venant d'autres régions, surtout des autres régions de son groupe. Cela n'est pas le cas pour le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Le Nunavik a toutefois un taux de rétention des hospitalisations plus élevé que celui des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Il est à noter que la plupart des résultats pour l'attraction des clientèles sont déterminés par les facteurs géographiques qui caractérisent les régions isolées.



N. B. Les astérisques signifient que le nombre d'indicateurs utilisés pour ces fonctions ou ces sous-dimensions est inférieur au nombre habituel. Les résultats sont présentés à titre indicatif seulement.

Production

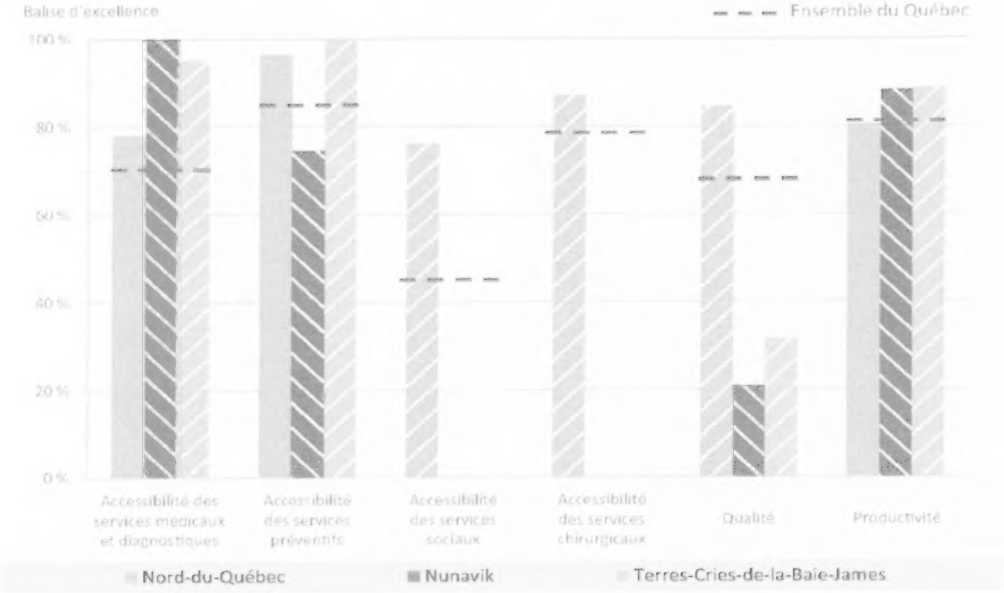
En ce qui concerne la fonction de production, les données sont moins disponibles pour les indicateurs du cadre d'appréciation. Certains constats peuvent tout de même être dégagés à partir des indicateurs disponibles. En matière d'accessibilité des services médicaux et diagnostiques, les régions isolées se démarquent principalement pour les taux d'hospitalisations. Alors que la moyenne québécoise s'établit à 73 hospitalisations pour 1 000 habitants, ce taux est de 120 pour le Nord-du-Québec, de 185 pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James et de 277 pour le Nunavik.

Pour l'accessibilité des services préventifs, le Nord-du-Québec obtient un résultat supérieur à celui de l'ensemble du Québec, principalement à cause de la proportion des personnes de 65 ans et plus qui sont vaccinées contre l'influenza et de celle des femmes de 50 à 69 ans qui ont passé une mammographie : l'une comme l'autre dépassent les proportions enregistrées dans les autres régions du Québec. En contrepartie, le Nunavik présente un écart défavorable vis-à-vis de l'ensemble du Québec, avec seulement 54 % des femmes de 50 à 69 ans qui déclarent avoir passé une mammographie, comparativement à la moyenne québécoise, qui se situe à 66 %.

Dans les sous-dimensions de l'accessibilité des services sociaux et chirurgicaux, peu de données sont disponibles. Dans le secteur des services sociaux, la région du Nord-du-Québec présente un taux d'accessibilité globale des services sociaux généraux beaucoup plus élevé que la moyenne du Québec, mais une intensité de services légèrement inférieure : en moyenne, le nombre d'interventions par usager est de 3,1, alors qu'il est de 3,7 à l'échelle de la province. Quant aux services chirurgicaux, les données disponibles concernent les proportions de personnes qui attendent une chirurgie d'un jour ou une chirurgie avec hospitalisation depuis plus de six mois. Plus précisément, 26 % des personnes en attente d'une chirurgie d'un jour patientent depuis plus de six mois, alors qu'aucune attente de plus de six mois n'est signalée pour les chirurgies avec hospitalisation.

Par ailleurs, le seul indicateur de la sous-dimension de la qualité pour les régions isolées est relatif aux hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit). Les résultats pour cet indicateur démontrent que le Nord-du-Québec se situe favorablement par rapport à l'ensemble du Québec, contrairement aux deux autres régions isolées, pour lesquelles sont signalées de plus fortes proportions de plaies de lit.

Sur le plan de la productivité, le Nord-du-Québec obtient un niveau d'atteinte de la balise légèrement inférieur à celui du Québec. Les durées moyennes de séjour sont plus faibles que la moyenne québécoise pour trois types d'hospitalisations : pour des soins aigus, pour un accident vasculaire cérébral (AVC) ou pour une hystérectomie. Cette région a également une proportion d'occupation des lits de courte durée pour des soins de longue durée (18 %) plus élevée que celle de l'ensemble du Québec (6 %). De plus, la proportion d'usagers hospitalisés qui auraient pu être traités en chirurgie d'un jour (22 %) est supérieure à la moyenne québécoise (17 %) ; elle est même plus importante que celle de toute autre région du Québec, à l'exception du Nunavik, où cette proportion est de l'ordre de 28 %.

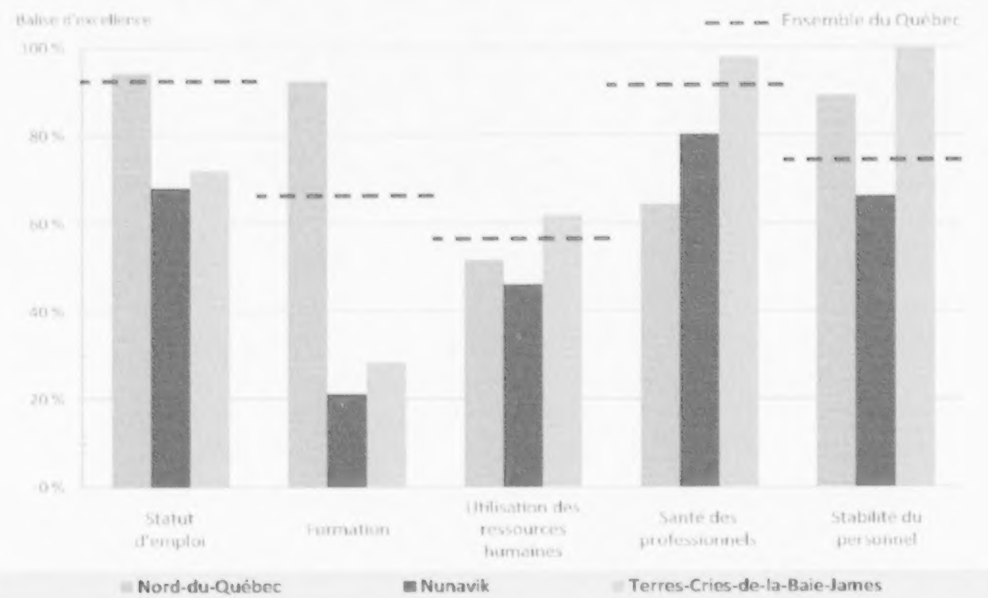


N. B. Les axes hachurés signifient que le nombre d'indicateurs utilisés pour ces fonctions ou ces sous-dimensions est inférieur au nombre habituel. Les résultats sont présentés à titre indicatif seulement.

Maintien et développement

Pour la fonction de maintien et développement, l'ensemble des indicateurs est disponible pour les régions isolées. Globalement, le Nord-du-Québec montre des niveaux d'atteinte de la balise légèrement supérieurs à ceux du Québec, alors que les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nunavik ont plutôt un écart défavorable. Plus précisément, pour le statut d'emploi, tout comme pour la formation, le Nord-du-Québec présente des résultats supérieurs à ceux de l'ensemble du Québec. Ce n'est toutefois pas le cas pour les deux autres régions isolées : leurs résultats les placent aux deux derniers rangs dans ces deux sous-dimensions.

En ce qui a trait à l'utilisation des ressources humaines et à la santé des professionnels, c'est la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James qui se démarque favorablement vis-à-vis de l'ensemble du Québec. Les deux autres régions ont des résultats inférieurs à la moyenne québécoise. Les résultats relatifs à l'utilisation des ressources humaines s'expliquent, pour le Nord-du-Québec, par un plus grand recours aux heures supplémentaires pour l'ensemble du réseau, comparativement au reste du Québec. Quant au Nunavik, cela est causé par un plus grand recours aux heures supplémentaires ainsi qu'aux agences privées pour les soins infirmiers. De plus, dans la sous-dimension de la stabilité du personnel, les taux de départ révèlent que les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nord-du-Québec possèdent une capacité de rétention du personnel plus grande que celle du Nunavik.



Atteinte des buts

En ce qui concerne l'atteinte des buts, la région du Nord-du-Québec obtient un résultat plus élevé dans la sous-dimension de l'efficacité liée à la santé globale. Selon les données disponibles, le principal écart observable entre les régions isolées correspond à l'espérance de vie : celle-ci est comparable à la moyenne québécoise dans le Nord-du-Québec (80,4 ans), mais elle diminue à 76,7 ans dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James et à 65,4 ans au Nunavik. Sur le plan des facteurs

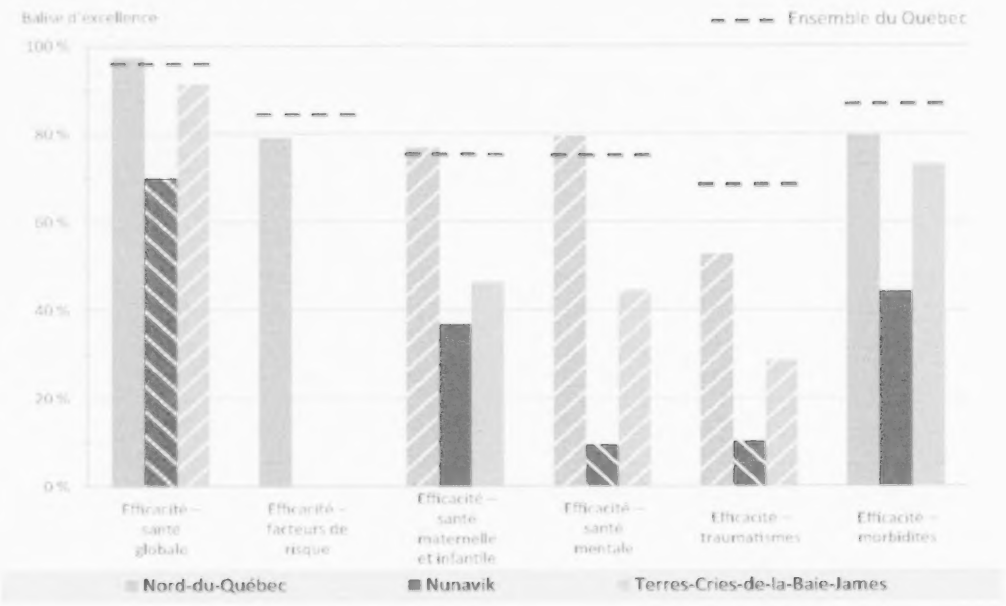
RETOUR

de risque, le résultat du Nord-du-Québec se situe en deçà de celui du Québec, principalement à cause de l'usage du tabac et de la consommation d'alcool, qui y sont plus répandus que dans la plupart des régions du Québec.

Du côté de l'efficacité en santé maternelle et infantile, le Nord-du-Québec présente un taux de grossesses de 13,9 grossesses pour 1 000 adolescentes âgées de 14 à 17 ans, ce qui est comparable à la moyenne québécoise (14,2). Toutefois, les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik obtiennent chacune un taux beaucoup plus élevé avec respectivement 65,7 et 83,5 grossesses pour 1 000 adolescentes âgées de 14 à 17 ans.

En matière de santé mentale, les données liées au suicide influencent très négativement les résultats obtenus par le Nunavik et, dans une moindre mesure, les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Quant aux traumatismes (mortalité par traumatismes non intentionnels, hospitalisations et années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles), les régions isolées se situent de manière défavorable comparativement aux autres régions québécoises.

Finalement, dans la sous-dimension de l'efficacité se rapportant aux morbidités, les régions isolées obtiennent encore des résultats inférieurs à la moyenne québécoise, particulièrement le Nunavik. Toutefois, le Nord-du-Québec présente des résultats favorables par rapport à ceux du Québec pour la mortalité liée aux maladies du système circulatoire. Pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James, un écart favorable est aussi noté en ce qui concerne les indicateurs sur l'incidence, la mortalité et les années potentielles de vie perdues par cancer.



N. B. Les axes barbares signifient que le nombre d'indicateurs utilisés pour ces fonctions ou ces sous-dimensions est inférieur au nombre habituel. Les résultats sont présentés à titre indicatif seulement.

> Références bibliographiques

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2011). *L'expérience de soins de la population : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2010 auprès de la population de 18 ans et plus*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2010a). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010*, Québec, Gouvernement du Québec, 624 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2010b). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2009 auprès des médecins*, Québec, Gouvernement du Québec, 112 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2009a). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009*, Québec, Gouvernement du Québec, 508 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2009b). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins de santé : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 153 p.

COMMONWEALTH FUND (2010). *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health System Compares Internationally 2010 Update*, New York, Commonwealth Fund, 22 p., [En ligne], [http://mobile.commonwealthfund.org/~/media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1400_Davis_Mirror_Mirror_on_the_wall_2010.pdf] (Consulté le 17 août 2011).

GEORGE, K., et M. S. KAMATH (2010). « Fertility and age », *Journal of Human Reproductive Sciences*, vol. 3, n° 3, p. 121-123.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2011). *Maladies les plus fréquentes*, [En ligne], [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?plan_du_site] (Consulté le 17 août 2010).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2006). *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux : Manuel révisé*, Genève, OMS, 135 p.

SPANDORFER, S. D., et autres (1998). « Effect of parental age on fertilization and pregnancy characteristics in couples treated by intracytoplasmic sperm injection », *Journal of Human Reproductive Sciences*, vol. 43, n° 2, p. 334-337.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (2011). « Chapitre 7 : Suivi de la performance des établissements du réseau de la santé et des services sociaux », dans *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011*, tome II, Québec, Vérificateur général du Québec, 460 p.

> Réalisation

Commissaire à la santé et au bien-être

Robert Salois

Recherche et rédaction

Maxime Ouellet
Coordonnateur

Félix Dugas

Marie-Andrée Lefebvre

Avec la collaboration de

Daniel Labbé
Économiste en santé

Gylaine Boucher
Consultante en gestion

Geneviève Tremblay

Jean-François Lapierre

Anne Marcoux
Directrice générale

Graphisme

Concept
Matteau Parent graphisme et communication inc.

Adaptation
Pouliot Guay graphistes

Édition

Chantal Racine

Anne-Marie Labbé

Le présent document est disponible dans la section *Publications* du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca.

© Gouvernement du Québec, 2012

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-63740-0 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-63744-8 (version électronique)

> Remerciements

La production du présent rapport résulte de la participation de bon nombre de collaborateurs. C'est pourquoi nous désirons souligner la contribution de personnes et d'organismes qui nous ont appuyés tout au long de nos travaux. À ce titre, nous souhaitons remercier, plus particulièrement, les personnes suivantes :

M[me] Jeannine Auger	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Mike Benigeri	Consultant en gestion de l'information
M[me] Aurore Côté	Hôpital de Montréal pour enfants – Centre universitaire de santé McGill
M[me] Kinga David	Institut canadien d'information sur la santé
M. André Forest	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Mathieu Gagné	Institut national de santé publique du Québec
M. François Grenier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Sylvain Haince	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Jonathan Keays	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M[me] Danielle Labrie-Pelletier	Régie de l'assurance maladie du Québec
M. Claude Lemay	Institut canadien d'information sur la santé
M. Jérôme Martinez	Institut national de santé publique du Québec
M[me] Marie-Pierre Moreault	Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal
M. Gilles Pelletier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M[me] Madeleine Rochon	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Robert Sainte-Marie	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
M. Alain Saucier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M[me] Geneviève Ste-Marie	Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal

Nous tenons également à remercier les organismes dont le nom apparaît ci-dessus. Certes, toutes les personnes qui ont partagé leur avis ou qui ont collaboré, d'une façon ou d'une autre, avec le Commissaire à la santé et au bien-être doivent être assurées de notre reconnaissance, et ce, même si leur nom ne figure pas dans ces lignes.

RETOUR

Commissaire
à la santé
et au bien-être
Québec